قال تعالى:

﴿ الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير ﴾

(الروم، آية 54)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة مؤتة

كلية العلوم التربوية

قسم علم النفس



اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية

إعداد

سميا جميل عوض النوايسة

إشراف الدكتور

محمد عبدالرحمن الشقيرات

٢٠٠١

اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية

إعداد
سميا جميل عوض النوايسة

قدمت هذه الرسالة استكمالا" لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي
من كلية العلوم التربوية/ جامعة مؤتة

This thesis has been submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of counseling/ from faulty of educational science, mu'ta university

تاريخ المناقشة ١٠/١/ ٢٠٠١

لجنة المناقشة

الدكتور: محمد الشقيرات .... (رئيساً)

الدكتور: نائل البكور .... (عضواً)

الدكتور: عماد الزغول .... (عضواً)

تاريخ تقديم الرسالة : 2000/12/19 م
تاريخ مناقشة الرسالة : 2001/1/10 م

الإهداء

إلى رمز الكفاح والتضحية....
إلى من علمني كيف تكون نشوة النجاح بعد التعب..
إلى ذلك الرجل الذي سأعتز به ما حييت..
إلى أبي...

إلى الشمس التي تدفئني ليلاً ونهاراً...
إلى نبع الحب والأمل الذي التجأ إليهما كلما واجهتني نوائب الزمن..
إلى العطاء الذي لا ينضب ...
إلى الزهرة التي طالما أمدتني بعطرها، وأنعشتني بشذاها، وغمرتني بنفحات من عطفها وهي تمد لي يد العون في كل محنة..
إلى من أدعو الله أن يحفظها ويطيل في عمرها ...
إلى أمي الحنون..

إلى اللآلئ المنثورة... إلى أخواتي ...
إلى من أدعو الله أن يرعاهم...إلى اخوتي..
إلى جميع صديقاتي ......

و إلى جميع كبار السن ...

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، على كل ما وهبني إياه من قوة وعافية لإتمام بحثي هـذا، ومنّ علي بمن ساعدوني وكانوا خير عون لي.

و الشكر الكبير والتقدير لأستاذي ومشرفي الدكتور محمد الشقيرات، الذي تعجز الكلمات والعبارات عن وصف مدى عظيم شكري وتقديري له، فقد كان خير مشرف، ومعين لي في مراحل إعداد رسالتي هذه، فلم يتوانى عن مساعدتي مهما كانت ظروفه، أو مهما عظمت المشكلة التي تعترض مسيرة العمل، فكل التقدير والعرفان لمعلمي الفاضل.

كل الشكر للأساتذة في لجنة المناقشة، الدكتور نائل البكور، و الدكتور عماد الزغول على تفضلهم بمناقشة الرسالة، و مساهمتهم في تقديم الأفكار والاقتراحات البنّاءة لإخراج هذا العمل بأفضل صورة.

كما أشكر العاملين في قسم علم النفس ممن قدموا لي المساعدة، وأخص بالذكر الدكتور ماهر الدرابيع، والدكتور عبدالله الصمادي. وأقدم شكري أيضا" إلى كل من السيد نائل الحجايا والآنسة فاطمة الطراونة على تكرمهما بتدقيق الرسالة لغويا".

ولا أنسى بالشكر والعرفان السيد عمار النوايسة على وقوفه إلى جانبي أثناء أدائي للجانب العملي. كما وأشكر صديقتي حنان أبو هيكل على دعمها المعنوي المتواصل لي.

وإلى جميع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك الشكر الكبير، على تعاونهم معي خلال مرحلة التطبيق العملي لهذه الدراسة، وأخص بالذكر الدكتور عدنان السبيضين الذي قدم لي من العون ما سهل علي القيام بالجانب العملي لرسالتي.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

الملخص

اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية. وقد تكونت عينة الدراسة من (٥١١) عاملاً في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك.

و استخدمت الباحثة في هذه الدراسة مقياس بعنوان "الاتجاهات نحو كبار السن"، من إعدادها وتطويرها. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود اتجاهات إيجابية ولكنها ضعيفة لدى العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى للجنس، العمر، والمهنة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى لمتغيرات المستوى التعليمي، مكان العمل، الخبرة، الحالة الاجتماعية، ووجود مسن في الأسرة.

وقد أوصت الدراسة بضرورة العمل على تقوية الاتجاهات الإيجابية نحو كبار السن من خلال البرامج والدورات والمناهج التي تتناول قضايا الشيخوخة وكبار السن، وعمل المزيد من الدراسات التي تبحث في الاتجاهات نحو كبار السن لا سيما المرضى، لدى جماعات أخرى من المجتمع الأردني.

ABSTRACT

Attitudes of Health Workers at Al-Karak District Toward Elderly and its Relationship to some Demographical Variables.

This study aims to investigate the attitudes of health workers of Al-Karak district toward elderly. The sample consisted of (911) health workers. A scale of "Attitudes Toward Elderly" was designed for the purpose of this study .

The results showed that there were a positive attitudes toward elderly but weak. There were significant differences in attitudes related to sex, age, and job. The result also, showed no significant differences in attitudes related to level of education, place of work, experience, marital status and whether there is an elderly in the family.

Finally, the study suggested some recommendations to improve attitudes of health workers toward elderly.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

تمهيد

تتكون حياة الإنسان من مجموعة من المراحل العمرية، اصطلح عليها العلماء لتسهيل دراسة وفهم جملة هذه المراحل. فمثلا"، درس اريكسون مراحل النمو الإنساني متأثراً بنظرة فرويد النفس جنسية لمراحل النمو، غير أن اريكسون لم يغفل الجانب الاجتماعي وأهميته في بناء كل مرحلة، وأن الفرد يعيش ما سماه بالأزمة التي تظهر في كل مرحلة، وعليه أن يواجه ما يعترضه في كل مرحلة للوصول لمرحلة التوازن المطلوبة للدخول في المرحلة اللاحقة بأمان. وحسب اريكسون فإن الأزمة الرئيسة في الشيخوخة هي الكمال مقابل اليأس، أي أن الإعداد المسبق من الشخص لهذه المرحلة يشعره بالرضا عن الذات، بدل مشاعر اليأس والضياع (Burks & Stefflre, 1979).

و تعتبر مرحلة الشيخوخة بمثابة المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان، إن لم يمت قبل الوصول إليها. وهي تنفرد كغيرها من المراحل العمرية الأخرى بخصائص معينة، حيث تشهد هذه المرحلة مجموعة من التغيرات الحيوية في جسم الإنسان، وما يتبع ذلك من تغيرات نفسية وعصبية واجتماعية، تجعل من هذه المرحلة جديرة بالاهتمام والدراسة. ويبدو أن مشكلة الشيخوخة ليست مشكلة فردية أو أسرية، بل قضية مجتمعية عامة يتم التعامل معها من ممارسات وأشكال سلوك تتأثر بالاتجاهات والأنظمة السائدة في المجتمع.

لقد شغلت الشيخوخة فكر الإنسان منذ القدم إلى أن ظهر ما يسمى بالمعرفة العلمية للشيخوخة أو علم الشيخوخة (Gerontology)، غير أن هذه المعرفة لم تصبح موضوع دراسة وبحث إلا حديثاً (Malim & Brich, 1988)، حيث بدأت العلوم الإنسانية عامة وعلم الإرشاد بشكل خاص بدراسة علم الشيخوخة والتعرف على هذه المرحلة. يهتم علم الشيخوخة ويُعنى أشد العناية ببحث الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بالمسنين والعمليات المرتبطة بذلك، من أجل تطوير المعارف الحيوية والطبية والاحتياجات الصحية للأفراد المسنين (فهمي، 1995).

وعند تعريف هذه المرحلة يجب أن نُلاحظ أنها مرحلة غير واضحة تماماً؛ ومن هنا نحن نعتبر عند تناول مكونات الشيخوخة الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بها، ثم نحدد بناءً عليها تعريفاً كاملاً للشيخوخة. فهي مرحلة ذات أبعاد بيولوجية ونفسية واجتماعية مختلفة. حيث تشير الجوانب البيولوجية للنواحي الصحية وما تؤول له من انحدار عام في الطاقة والوظيفة، أما الجوانب النفسية فتتعلق بالوضع التكيفي للمسن، من خلال سلوكاته ومقدار إدراكه لذاته، أما النواحي الاجتماعية فتعبر عن أدوار الأفراد أثناء تفاعلهم مع الآخرين في المجتمع الذي يعيشون فيه (Woodruff-Pak, 1997).

ويعرّف بيسكوف (1984) مصطلح الشيخوخة بأنه مرادف لكبر السن، وفي الواقع أن دراسة الشيخوخة هي دراسة المسنين. كما يعرّف شريم (1998) الشيخوخة على أنها مرحلة من مراحل النمو، تحدد خصائصها وصفاتها مجموعة متغيرات حتمية لها علاقة بمرور الزمن، هذه المتغيرات تبدأ مبكرة منذ مرحلة الرشد وربما قبل ذلك، وهي بطيئة الحركة، متدرجة الحدوث، متداخلة العناصر، تراكمية الطابع، لهذا من الصعب معرفة معدلاتها الفعلية. وتتسم هذه المرحلة بالانحدار الواضح الدائم و المستمر في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية.

وقد أشار بيرن وسشاي (Birren & Schaie, 1990) إلى أن التقدم في العمر يشتمل على التغيرات الحاصلة مع الزمن، والتي ترجع للانتقال المنتظم خلال دورة الحياة، ليعيش الفرد حياته وضمن اعتبارات بيئية مختلفة، وقد أطلقا على مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة الراحة وتمتد من عمر (60) سنة إلى نهاية العمر.

وقد عرّف زهران (1997) الشيخوخة على أنها مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد وفي المرحلة الأخيرة من الحياة. وأهم التغيرات العضوية فيها هي الضعف العام في الصحة، ونقص القوة العضلية، وضعف الحواس، وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجة عام، كذلك هناك تغيرات نفسية مثل ضعف الانتباه والذاكرة، وسرعة التأثر الانفعالي.

كما أشارت عبدالله (1991) إلى أن الشيخوخة أو ما يطلق عليه مرحلة كبار السن، هي آخر مرحلة من مراحل العمر ، التي يتعرض فيها المسنون لتغيرات جسمية ونفسية، قد تكون ذات تأثير كبير على ما يعترضهم

من مشكلات، وما يحيط بهم من أوضاع، بعد أن كانوا كل شيء في الحياة. كما عرّفت كبار السن بأنهم أولئك الأشخاص الذين يبلغون من العمر (60) سنة أو أكثر، وأحيلوا إلى التقاعد نتيجة تقدمهم في العمر، ولا يعملوا الآن، ومنهم من أحيلوا إلى التقاعد ويعملون أعمالاً إضافية، ويعيش البعض منهم داخل أسرهم أو في مؤسسات الرعاية الاجتماعية.

ويرى البعض أن الشيخوخة هي الإحساس بالكِبَر، فنحن نشعر أننا نكبر من خلال تغيرات جسدية ومظهرية، مثلاً، عندما يظهر الشعر الأبيض وتجاعيد الوجه ويعجز الإنسان عن عمل أشياء كان يفعلها بسهولة في سن الشباب، وهناك تغيرات نفسية مرافقة عندما يجد المسن نفسه يحال إلى التقاعد ويصبح المنزل خاوياً من الأولاد بعد أن يكبروا ويتزوجوا (مصباح، 1994).

أن الشيخوخة أو ظاهرة التقدم في السن تعتبر تلك المرحلة التي عندها تصل قوى النمو للكائن الحي الإنساني إلى حالة من الاتزان، غير أنها تتأثر بضوابط من قوى نفسية واجتماعية وبيئية، ومن ثم فإن الكائن الحي يتمايز باستمرار عبر الزمن في سياق دورة الحياة. فهو يقضي حوالي ربع عمره حتى يصل لمرحلة الرشد بينما يقضي ثلاثة أرباع عمره وهو في طريقه للشيخوخة (منصور،1987 ؛ عيسوي، 1989).

ومن الجدير بالذكر إن مرحلة الشيخوخة يمكن أن تكون طبيعية، وقد تبدو مزعجة وغير طبيعية، ولا سيما عندما يصل الإنسان لسن متأخرة من العمر فإنه يتعرض لانحدار في قدراته ووظائفه المعرفية، ولكن هناك فروق فردية في مواجهة الأشخاص للشيخوخة. ومن المعتقد أن المسنين الذين لديهم بعض الأمراض العصبية (Neuropathology) و يعانون نتيجة ذلك من بعض أنماط العجز المعرفي (Cognitive Impairment)، قد يكونوا ورثوا جينات مختلفة لها علاقة بتلك الأمراض، ولا يوجد مثل هذه الجينات عند المسنين الذين لا يعانون من أي أمراض عصبية أخرى. فالمسن في مرحلة الشيخوخة الطبيعية سيواجه بعض التغيرات في القدرات المعرفية، والتي تبدو نسبياً ليست خطيرة، ولكن الشيخوخة غير الطبيعية تتطور فيها التغيرات الفسيولوجية والعصبية لبعض الأعراض العصبية المرضية، مثل خرف الشيخوخة (Dementia) أو مرض الزهايمر (AD) (ALzheimer's Disease). كما لوحظ تجريبياً أن المسنين الذين مروا بشيخوخة طبيعية، كان سبب موتهم يعود لتلف في الأعضاء أو الأجهزة أو أي سبب آخر، و ليس لسبب في الدماغ، كما ظهر من خلال التشريح (Beaumont, Kenealy & Rogers, 1999).

وقد سبق الإسلام كل هؤلاء في تقرير حقيقة الشيخوخة، والتقدم في السن حيث يقول سبحانه وتعالى في محكم كتابه (الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) (الروم، آية 54). وفي تفسير سيد قطب (1982) يرى أن الشيخوخة هي انحدار إلى الطفولة بكل ظواهرها، وقد يصاحبها انحدار نفسي ناشىء من ضعف الإرادة، حتى تبدو بعض تصرفات الشيخ مشابهة لتصرفات الأطفال.

أرقام حول مرحلة الشيخوخة والمسنين

بلغت نسبة المسنين المتوقعة في العالم عام 2000 (9.8%) من سكان العالم، وكانت نسبتهم المتوقعة في العالم العربي في ذلك العام (7.6%)، و قد أعتبر المسن من كان عمرة 65 سنة أو أكثر (شريم، 1998). و تشير النشرة الإحصائية للتعداد السكاني في المملكة الأردنية الهاشمية لعام 1997 إلى أن نسبة المسنين الذين أعمارهم (60) سنة أو أكثر في الأردن كانت (4.2%) من مجموع السكان (دائرة الإحصاءات العامة، 1998).

وفيما يخص سن بداية الشيخوخة، فقد كان من الصعب تحديد ذلك بدقة، حيث اختلفت الآراء التي تحدد بداية مرحلة الشيخوخة اختلافاً كبيراً.إذ أن بعض الأشخاص يصلونها في عمر (55) سنة، في حين هناك من لا يزال شاباً في سن (75) سنة.وقد اصطلح في كثير من الدراسات التي أجريت خلال منتصف إلى نهاية القرن العشرين على أن الشخص يدخل مرحلة الشيخوخة في عمر (65) سنة، وأن العمر (65) سنة هو الأكثر شباباً في سن الشيخوخة، على أن المسنين لا يمتلكون نفس الخصائص، حيث أن الفروق تزداد مع العمر، حيث أن هناك فروقاً واضحة بين المسنين الذين أعمارهم (65) سنة، والمسنين الذين يبلغون من العمر (80) سنة (Woodruff-Pak,1997).

وقد عبر عن العمر (65) سنة على أنه العمر الفاصل بين نهاية متوسط العمر وبداية الشيخوخة، غير أن هذه السن قليلة الارتباط بما يوصف من مظاهر عامة في هذه المرحلة سواء عقلية أو صحية أو اجتماعية (Butler & Lewis, 1977).

وقد عُرّف المُعمّر في بريطانيا سنة 1899 بأنه الشخص الذي لا يقل عمره عن خمسين سنة، أما في الوقت الحاضر فلا يوجد تعريف له. وقد حدد القانون البريطاني سن التقاعد للأنثى بستين سنة وللرجل

بخمسة وستين سنة، وبهذا يعتبر الإنسان مسناً إذا تجاوز السن المحددة لنوعه. وقد كانت حكومة بسمارك أول من حددت سن الخامسة والستين كسن يؤهل لنيل راتب التقاعد (الكيلاني، 1983).

ولعل نظرة واحدة إلى العمر الذي يحال فيها الموظف إلى التقاعد في البلاد المختلفة، تدلنا على هذا الاختلاف بوضوح، حيث تراوح هذا العمر من (55) سنة إلى (65) سنة، غير أن معظم الآراء تحدد أن بدء الشيخوخة هو سن الستين سنة، وهذا هو ما أصطلح عليه الدارسون للشيخوخة كظاهرة صحية واجتماعية بكل ما تمثله هذه الكلمة (قناوي، 1987).

ويشير علم الشيخوخة إلى أن هناك فرق بين الكبير في السن والمتقدم في السن، فالكبير في السن هو من كان عمره ما بين (64-74) سنة، أما المتقدم في السن فهو من كان عمره (75) سنة أو أكثر (Malim & Brich, 1988).

و يصنف بعض المؤلفين اليوم الكهولة أو الشيخوخة إلى الكهولة الأولى (young old) وتبدأ من سن (65) سنة حتى (74) سنة، والكهولة المتقدمة (old old) وهي تمتد من سن (80) سنة إلى ما بعد ذلك (عطار، 1993).

وقد أشارت كل من جانيت و فيليب (Janet & Philip, 1994) إلى أن كبار السن هم الذين تتراوح أعمارهم ما بين (70-93) سنة. أما كارمل (Carmel, 1998) فقد أعتبر أن كبار السن هم الذين تكون أعمارهم (70) سنة أو يزيد، وأعتمد على هذا الاعتبار عندما اختار عينة دراسته المكونة من (987) مسناً. لذلك يمكن الخروج بأنه ليس من السهولة تحديد بداية الشيخوخة لعدم وجود اتفاق موحد على ذلك، غير أن معظم الدراسات اعتبرت أن متوسط بداية مرحلة الشيخوخة هو سن الخامسة والستين سنة.

مشكلات الشيخوخة

يعاني المسنون من مشكلات متنوعة في مرحلة الشيخوخة، تظهر نتيجة عوامل بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية، وربما لتغيرات في المدركات الذاتية للفرد. فمع مرور السنين تتشكل الشيخوخة، حيث يتقدم العمر البيولوجي (ويشمل التغيرات الفسيولوجية والصحية) والعمر النفسي (و الذي يعبر عن الوظائف النفسية

والتي يمكن قياسها بواسطة بعض الاختبارات النفسية) والعمر المدرك ويقصد به الشعور الذي يحمله الفرد نحو ذاته من حيث العمر (مسن، شاب،..الخ)، وأخيراً العمر الاجتماعي، وله علاقة بالأدوار الاجتماعية التي مر بها الفرد أثناء أطوار حياته، مثل العمل، الزواج، والوالدية (Kimmel,1990).

لذا يمكن القول أن مشكلات الشيخوخة تعود للتغيرات الحاصلة في هذه المرحلة والتي يمكن تصنيفها على النحو التالي:

1. تغيرات فسيولوجية Physiological Changes.
2. تغيرات نفسية عصبية Neuropsychological Changes.
3. تغيرات اجتماعية Social Changes.

التغيرات الفسيولوجية Physiological Changes.

تظهر بعض التغيرات البيولوجية على المرء نتيجة تقدمه في السن، وقد نلاحظ بعضاً منها مثل ضعف البصر، ترهل الجلد، ضعف العضلات، قلة المرونة في الجلد، و الضعف العام، مما يجعل المسن عرضة للإصابة بالأمراض مثل النوبات القلبية، الجلطات ونحوها (Willis & Schaie, 1986).

وبعض التغيرات تكون داخلية مثل تدني مستوى أداء الهرمونات، مما يؤثر على عمل كثير من الأجهزة الحيوية، فيجعلها أقل كفاءة مما كانت عليه. ومن هنا جاء تعريف العمر الفسيولوجي على أنه انحدار في القدرات الفسيولوجية، والتي حتماً ستزيد الاتجاه نحو التدني في القدرات، وحدوث المرض. وقد قدمت كثير من النظريات الفسيولوجية تلميحات لفهم أسباب ومراحل الشيخوخة، وأهم ما أكدته أن الشيخوخة لا تأتي من وراء سبب واحد، إنما هي نتاج مجموعة من الأسباب المتنوعة داخل العضوية وخارجها، مثل نظرية الاستهلاك و الاستعمال (Wear and tear) التي تشير إلى أن التفاعلات الكيميائية في الجزيء (DNA) في مرحلة الشيخوخة لا تبدو فعالة كما كانت في سابق عهدها، وهذا يؤثر على انقسام هذا الجزيء وبناء الخلايا. كما تكون عملية الهدم لدى الفرد في الشيخوخة أسرع كثيراً من عملية البناء، لذلك سيكون عدد الخلايا غير كاف لأداء الوظائف، وقد يؤدي استمرار الهدم مقابل ضآلة حجم البناء إلى الموت. ونظريات فسيولوجية أخرى تشير إلى تناقص فاعلية المستقبلات العصبية الحسية (Sensory Nerve Receptors)

في الشيخوخة، فمثلاً احتمال مقاومة الشاب للبرد الشديد أو الألم أكبر من المسن، لذلك يبدو المسن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض. كما تؤكد ذلك الدراسات التجريبية التي تشير لوجود انحدار نسبي في نشاط الدماغ المقاس بواسطة مقياس النشاط الإلكتروني للدماغ(EEG) (Electroencephalogram) يأتي مع تقدم السن. وهناك تغيرات فسيولوجية لا تحتاج لقياس لملاحظتها على المسن، مثل ظهور الشيب و تجاعيد الجلد، الانحناء، تساقط الأسنان، فقدان السمع التدريجي وغيرها. وقد تكون هناك فروق فردية لدى الأشخاص بالنسبة لهذه التغيرات، حيث تلعب عوامل مثل التغذية، الوراثة، الاهتمام بالصحة، ومدة التعرض للشمس وغيرها دوراً في مقدار وتأثير هذه التغيرات (Kimmel, 1990).

ومن التغيرات الفسيولوجية في هذه المرحلة أيضاً، ظهور بقع بنية اللون (Liver Spots) شائعة على اليد والساعد والوجه، تكون غير منتظمة. كما تتأثر الحواس وتنحدر وظائفها، فلا تعود تؤدي وظائفها كما كانت، وتضعف عضلة القلب، ويعاني المسن من صعوبات في التنفس بسبب تغير حجم الرئة، وتضعف العضلات، وكثيراً ما يعاني المسن من هشاشة العظام (Osteoporsis)، وهي حالة تكثر عند النساء المسنات أكثر من المسنين، بسبب انخفاض إفراز هرمون الإستروجين (Estrogen Harmon) بعد انقطاع الدورة الشهرية، مما يؤثرعلى قوة العظام (Burggraf & Stanley, 1989).

كذلك يبدو الشحوب على المسنين، وتفقد الأنسجة مرونتها، ويعاني المسن من مشاكل في النوم مثل الاستيقاظ المبكر وعدم القدرة على الرجوع للنوم (Kimmel, 1990).

التغيرات النفس عصبية Neuropsychological Changes.

إن الإعتقاد الشائع بأن الشيخوخة تسبب تراجعاً في القدرات العامة للشخص، تجعل كبار السن يشعرون بأنهم لا يستطيعون في هذه المرحلة التعلم أو الاحتفاظ بما يتعلمونه، مما يشكل لديهم مفهوم ذات منخفض حول وضع التعلم، وإمكانية الاستفادة من المستجدات، لذلك يشعرون بالفشل والحزن وينتابهم في كثير من الحالات شعور باليأس من الحياة (West & Sinnott, 1992) . وهذه تعتبر من التغيرات النفس عصبية التي تطرأ على المسنين، والتي تبدو خطيرة إذا رافقها شعورهم بالاكتئاب (Depression) ، والذي يعتبر من أهم المشكلات النفسية في هذه المرحلة، حيث تقدر نسبة انتشار الاكتئاب بين كبار السن حسب تشخيص الجمعية النفسية الأمريكية (DSM-III R, 1987) للاكتئاب في الولايات المتحدة الامريكية بنسبة

(1%) عند المسنين، و (3.64%) لدى المسنات، بمقابل (26.8%) لدى المسنين من الجنسين الذين يعـــانون من اضطرابات في المزاج (dysphoric). وهناك دراسات تشير إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب لـــدى المســنين المقيمين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية تصل إلى (21–40%). كذلك تشــير الدراسات إلى أن نسبة (10–20%) مــن المسنيــن الذيــن يعانــون مــــن الاكتئـــاب لــــديهم حـــالات عجــز معرفـــي Cognitive (Impairment) وهؤلاء الفئة، وحسب بعض الدراسات، لديهم تراكيب عصبية غير طبيعة (Abnormalities of Common Neural Structures). فعلى سبيــل المثـــال، المسنيـــن الذيـــن لديــــهم اكتئـــاب، ومـــرض باركنسون (Parkinson's Disease) ، ومرض هنتنجتن (Huntington's Disease)، ومـــرض الزهايــــمر (AD) يعانــون مـــن اختـــلال وظيفي في الممرات العصبيـــــة للقشــرة الدماغيـــة (Cortical Pathways Cerebral) التي تحتــوي على أليـــــاف تصـــل جــــــذع الـــــدماغ (Brain Stem) والقشـــرة الدمـــاغية(Cerebral Cortex) (Beaumont, et al., 1999 ; Sutherland, 1991).

وليس من السهل تمييز أعراض الاكتئاب عند المسن، فربما تكون لديه آلام جسدية أو أعراض خـــرف الشيخوخة (Dementia). وبشكل عام فإن أهم أعراض الاكتئاب الأرق (Insominia)، الـــذي يـــأخذ الطـــابع المرضي، ويصاحبه الاستيقاظ المبكر من النوم في اليوم التالي، وعدم وجود اهتمامات لدى المسن في كثــــير من النشاطات مثل الأعمال، الهوايات، و النشاطات الاجتماعية والجنسية .. الخ، و الشعور بـــالذنب وتـــأنيب الذات (Self-reproach)، و فقدان الطاقة والشعور بالفشل طوال اليوم، التفكيــر البطيء والمشوش، فقـــدان الشهية، واليأس المقترن بأفـــكار ســوداوية مثل أن لا شـــيء يستحـــق البقاء، مما يجعـــل المسن المصـــاب بالاكتئاب يتمنى الموت (Jenkil, 1985).

كما وتأخذ أمراض واضطرابات الشيخوخة شكلين، الشكل الأول وهو قصير الأمد يظهر من حين لآخـــر، و يشمل تلك الحالات الناتجة من نقص كمية الفيتامينات اللازمة، أو حالات مرافقة للصرع، أو بسبب الإفراط في تناول العقاقير والكحول، وربما بسبب اضطرابات في عملية تدفق الدم في الدماغ (Cerebral Blood Flow) وغير ذلك. والشكل الآخر من الاضطرابات هو من النوع الدائم، طويل الأمد، يصعب التخلص منه، ومن أمثلـــة هذا الشكل تلك الاضطرابات الناتجة بسبب وجود أمراض عصبية مثـــل مـــرض الزهـــايمر (AD) أو مـــرض باركنسون، أو وجود أعراض خرف الشيخوخة المبكرة (Senile Dementia) (Burggraf & Stanley, 1989).

و يعتبر مرض خرف الشيخوخة من أكثر الأمراض العصبية شيوعاً في هذه المرحلة، وهو ينتشر بنسبة (15%) بين فئة كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن (65) سنة (Nussbaum, 1998). ومن أهم أعراض هـذا المرض عجز في التعلم، وضعف في عملية التذكر والتفكير، عدم القدرة على حل المشكلات، انحدار في فعالية الانتباه والوعي بكافة أشكاله. ويعتقد أن لهذه الأعراض ارتباط باضطرابـات الدمـاغ (Brain Disorders)، وبالأمراض ذات العلاقة بوجود عجز في وظائف القشرة الدماغيـة (Cerebral Functioning). علـى أن المسن المصاب بالخرف سيظل يعاني من قصور في الجوانـب المعرفيـة والشـخصية (Cognitive and Personality Defects) ، والتي ربما ستبقى معه لسنوات طويلة. والخرف في مراحله المتقدمـة سـيؤدي بالمصاب إلى الموت. وأكثر الأسباب ارتباطاً بهذا المرض هو مرض الزهايمر (AD)، وكثير مـن الدراسـات أشارت إلى أن خرف الشيخوخة و مرض الزهايمر يمكن أن يكونا مرضاً واحداً يطلق عليه اسم الخرف مـن نمط الزهايمر (Dementia of Alzheimer Type) (Levy & post, 1982).

يزداد مرض الزهايمر خطورة مع التقدم في السن، وقد بدأت أعداد المصابين بهذا المرض تـزداد. ففـي الولايات المتحدة الأمريكية عام 1989 بلغ عدد المصابين به حوالي (4) ملايين، ويعتقد بأن العدد سيصل إلـى (8) ملايين في عام (2025)، وهذا يؤكد على ضرورة الاهتمام الصحي بالمسنين. ومن الأمـراض العصبيـة الأخرى التي قد يصاب بها المسن مرض الهـوس (Mania Disease)، وهو ينتشـر بنسبة (5–8%) بيـن المرضى الموجودين في مستشفيات الرعاية النفسية الخاصة بالمسنين في الولايات المتحدة الأمريكيـة. كمـا وينتشر مرض الفصام (Schizophrenia) بنسبة (2–10%) بين المسنين في مستشفيات الرعايـة النفسـية الخاصة بالمسنين في الولايات المتحدة الأمريكية أيضاً، وينظر للفصام على أنه اضطراب متقلب يولد شيخوخة غير طبيعية، مليئة بالمتاعب، حيث تؤثر جميع أشكاله على الوظائف العقلية. كما ويعتبر الإفراط فـي تنـاول العقاقير والكحول والمسكنات من أسباب الاضطرابات العقلية والعصبية، إذ تسبب في كثير من الحالات تسـمماً (Intoxication) ويصبح المسن في وضع الاعتمادية والتراجع، وتظهر عليه الكثير من الآثار الجانبية التـي تؤثر على الدماغ، مثل قصور في الوظائف المعرفية، والتي قد تتطور لتكون بدايـة لخـرف الشـيخوخة أو لعرض كورساكوف (Korsakoff's syndrome) أو تسبب التسمم الأيضي (Toxic-Metabolic). كما تشـير الدراسات إلى أن المسن المفرط بتناول العقاقير عرضة للإصابة بالجلطـة (Stroke) ، أو انسـداد الأوعيـة الدموية الدماغية وغيرها (Beaumont, et al.,1999). كما تحدث تغيرات في معدل سـرعة وضبـط ودقـة

عملية التعلم والتفكير والاستنتاج، وكذلك بطء في التذكر واسترجاع المعلومات، يرافق ذلك تغير في الحالة المزاجية في الشيخوخة (العمران، 1992).

أما بالنسبة للذكاء فتشير الدراسات الطولية إلى أن كفاءة الأداء على اختبارات الذكاء ثابتة نسبياً حتى عمر (60) سنة، ثم تبدأ بالانحدار الثابت فيما بعد هذا السن (Malim & Brich, 1988). ولعل الانحدار في الذكاء اللغوي الذي يتطلب مهارات القراءة والكلام وما يتصل باللغة يبدو أقل من الذكاء الذي يحتاج مهارات حركية وأدائية، لذلك يبدو على المسن أنه أقل دافعيه من الشباب في تعلم مهارات جديدة، مما يؤثر سلباً على الجانب النفسي لديهم (Burnside, 1981). كما تشير الدراسات أيضاً إلى أن الذاكرة قصيرة الأمد (Short- term memory) في مرحلة الشيخوخة تضعف، ويقصد بها قدرة الفرد على استرجاع وإعادة المعلومات الفورية التي ما تزال حاضرة، لذلك تظهر فروق فردية بين الشاب والمسن في عدد الوحدات التي يمكن أن يحتفظ بها كل منهما في الذاكرة قصيرة الأمد. حتى الذاكرة طويلة الأمد (Long-term memory) تنحدر كفاءتها؛ فيواجه المسن صعوبات في تذكر معارف وخبرات قد مرت معه بشكل واضح (Malim & Brich, 1988).

بالإضافة لهذا فإن المشاعر السلبية لدى المسنين نحو كفاءة الذاكرة وفاعلية الذات لديهم، تجعل مدركات المسن عن ذاته كثيراً ما تتسم بالنسبية نحو قدراتهم العقلية، لا سيما في سن متأخرة من العمر، وتختلف هذه النظرة من ثقافة لأخرى، فمثلاً في الصين تبدو نظرة كبار السن لقدراتهم العقلية اكثر إيجابية منها لدى كبار السن في أمريكا (Levy, 1996).

ومن التغيرات النفسية التي تظهر على المسن أيضاً أنه يصبح سريع التهيج (Irritable)، عدواني أحياناً (Aggressive) و مشاكس (Querulous) وقد يتصرف البعض بطريقة غير لبقة اجتماعيا. فمثلاً يشعره اعتماده على الغير بنوع من الإحباط، فيتبع طرق مختلفة لتعويض الشعور بالنقص (Mcleod & Cert, 1976).

كما وتوجد علاقة لطبيعة الانفعالات الحاصلة في الشيخوخة باضطراب التوازن الهرموني، حيث تكون الانفعالات في هذه المرحلة أكثر حدة، وبعضها مزمن، وهي تؤثر بدورها على صحة الإنسان، لا سيما جهاز المناعة وجهاز الغدد الصماء (مصباح، 1994).

كذلك يخاف المسن من الوصول لمرحلة الاعتماد على الآخرين، ويخشى من اعتماده الفيزيائي على أولاده أو أقاربه، مثل مساعدتهم له نتيجة الآم المفاصل وعدم قدرته على الحركة دون ألم، وهكذا تتشكل مخاوف نفسية جديدة، مع وجود مخاوف نفسية وقلق نفسي مسبق حول حقيقة الموت، وأثناء مواجهة فراق الأصدقاء وموت شريك الحياة (Willis & Schaie , 1986).

التغيرات الاجتماعية Social Changes.

هناك تغيرات تؤثر بشكل كبير على الحالة الاجتماعية للمسن، مثل تغيرات الدور الاجتماعي من رعاية الأطفال والتقاعد والترمل والعوز والعجز و الاعتماد على الضمان الاجتماعي وأوقات الفراغ. فعندما يدخل الفرد إلى مرحلة الشيخوخة يكون في الغالب قد تقاعد أو قرب كثيراً من التقاعد، ويبدأ بالشعور أن مكانته في المجتمع قد تضاءلت، كما يبدأ في الشعور بأن خفة الحركة بدأت تزول، وحدة الذهن بدأت تخف، وكذلك حدة السمع والبصر والحدس جميعها تضعف. ويبدأ يشكو ضعف في تذكر الأحداث القريبة، وبطء في التفكير ورد الفعل واستعداد للتهيج، أو ميل للعزلة، أو انزعاج بسبب ضعف القدرة على الانطلاق ومشاركة الغير (الشرقاوي، 1985).

إنّ التغيرات الفسيولوجية والنفسية الحاصلة في مرحلة الشيخوخة تسبب تغيرات في الجوانب الاجتماعية لدى المسن. فقد أشارت الكثير من نظريات تطور الشخصية والتوافق إلى أن المهارات النمائية لكبار السن تشمل التوافق مع الانحدار في الطاقة الفيزيائية والصحية لديهم، والتكيف مع ظروف التقاعد والدخل المحدود ،والحياة الجديدة بعد موت شريك الحياة، والتكيف مع الاتجاهات ونظرة المجتمع إلى كبير السن (Malim & Brich, 1988).

أن التوافق النفسي والاجتماعي في مرحلة الشيخوخة يشمل التكيف مع العادات، و التقاليد السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة. وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد ويضعف من التوافق الاجتماعي عند كبار السن، وفي سبيل تحقيق المسن للتوافق الاجتماعي لا بد من توافقه مع الأجيال الأخرى، حتى يحقق لنفسه التوافق الاجتماعي الضروري للحياة الهادئة (زهران، 1997). حيث أن تكيف المسن مع التغيرات الاجتماعية الجديدة يساعده على العيش بأقل مستوى من الألم والمعاناة النفسية، فمثلاً يسبب التقاعد شعوراً سائدا عند بعض المسنين، بأنه نهاية المطاف، مما يجعل الفرد يشعر بالقلق على صحته، والخوف من الموت،

وقد يشعر بأنها نهاية أهمية دوره في النشاط المجتمعي، مما يجعله يعيش في دوامة من المشكلات النفسية والاجتماعية، والتي قد تنعكس على حالة المسن الصحية؛ فيبدأ في مواجهة أمراض عضوية لم يكن يشعر بها من قبل (العبيدي، 1988).

على ان التوافق النفسي والاجتماعي يختلف كما وكيفاً تبعاً للتغيرات التي تحدث في محيط المسن، وتبعا لتقبل أو رفض التغيرات الاجتماعية والصحية والنفسية التي يعيشها والتي يحاول -قدر جهده- التوافق معها، وما يترتب على ذلك من عدم فهم الذات أو فقدان الثقة في الذات (منصور، 1989 ؛ عدس و توق، 1994).

وهكذا مع تقدم السن تبدأ عملية انسحاب المسن من المجتمع والحياة الاجتماعية، ويكون الانسحاب عادة متبادلاً بين المسن والمجتمع، وقد يكون الانسحاب لا إرادي، فمثلاً التقاعد هو ابتعاد الفرد عن محيط عمله. و يفارقه أصدقاؤه بعد موتهم، ويتزوج الأولاد، ويتوفى شريك الحياة، فيجد المسن نفسه وحيداً، ويزداد وقت فراغه فتبدأ المعاناة (العمران، 1992). فقد أوضحت الدراسات والمشاهدات أن الشيخوخة مشكلة اجتماعية قبل أن تكون بيولوجية أو صحية، فالصعوبات التي يواجهها كبار السن ناجمة عن الوضع الاجتماعي الذي يعكس أفكار واتجاهات ومواقف الناس والمجتمع حيال الشيخوخة والتي على أساسها يتم التعامل معهم (شريم، 1992).

ومع تقدم الحضارة وزيادة سبل الحياة، وانشغال الشباب بالتطورات الحاصلة، أصبح المسنون بحاجة لرعاية وعطف أكثر من السابق، لا سيما بعد شيوع الأسرة النووية، وانشغال الأبناء بالعمل طوال اليوم، ثم العودة للبيت، والانشغال بالأطفال ومتطلبات العيش، حيث بدأ المسن يشعر بالوحدة والفراغ ورتابة الحياة. غير أننا في المجتمعات العربية ما نزال نحترم الكبار، ونعتبر أن رعايتهم وتوفير الحياة الكريمة لهم هي مسؤولية تقع على عاتق الأسرة والمجتمع معاً، فيمكن للدولة أن تساعد هذه الفئة على عبور هذه المرحلة بأقل معاناة، من خلال أجهزتها المختلفة، كالاهتمام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية، وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمسنين، وتفعيل دور وسائل الإعلام حول أهمية الاستعداد لهذه المرحلة، وكيفية مواجهتها، وطرق رعاية كبار السن، وتسهيل الرحلات الترفيهية لهذه الفئة، وإعداد وتدريب متخصصين لرعاية وتأهيل المسنين اجتماعيا ونفسيا (فهمي، 1995).

وقد حث الدين الإسلامي على ضرورة احترام ورعاية كبار السن، إذ قال تعالى في محكم تنزيله (وقضـى ربك ألا تعبدوا إلاّ إيّاه وبالوالدين إحساناً إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً ﴿٭﴾ واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيراً) (الإسـراء آية 23، 24). وقال تعالى (ووصينا الإنسان بوالديه) (العنكبوت، آية 9). وفي الحديث النبوي الشريف عـن عمرو بن شعيب، عن أبيه، عن جده رضي الله عنهم قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (ليس منا مـن لم يرحم صغيرنا، ويعرف شرف كبيرنا) حديث صحيح، وعن أنس رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:(ما أكرم شاب شيخا لسنه، إلا قيض الله له من يكرمه عند سنه) رواه الترمذي (الدمشقي، 1990).

ومن خلال العرض السابق للتغيرات الفسيولوجية، النفس عصبية والاجتماعية فـي مرحلـة الشـيخوخة، يمكننا التوصل إلى مدى حاجة الفرد في هذه المرحلة للتكيف مع الظروف الحياتية المستجدة، فمثـلاً انحـدار الوظائف الفسيولوجية لدى المسن، يجعل الأخرين ينظرون إليه على أنه الأكثر عجزاً وبالتالي الأقل نفعاً، وهذا يؤثر على مدى تكيف المسن في هذه المرحلة. ومن هنا نخرج بالقول أن المسنين يتأثرون بنظرة واتجاهـات الأجيال إليهم، وقد اهتمت كثير من الأبحاث الأجنبية بدراسة طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن، لما للاتجاهـات بشكل عام من تأثير على سلوكات وممارسات الأفراد (منصور، 1987).

مفهوم الاتجاه وخصائصه

يحظى مفهوم الاتجاه بمكانة كبيرة في علم النفس، فقد اهتم علم النفس الاجتماعي كثـيراً بدراسـة الاتجاه عبر التاريخ. و كما ورد في (Edwardes, 1957) وضع أول مقياس للاتجاهات الاجتماعية عام 1953 من قبل العالم ثرستون (Thurston)، الذي أشار إلى أن قيمة الاتجاه ليست فقط كمؤشر للتنبؤ بالسلوك، بـل أيضا لفهم الظواهر النفسية والاجتماعية المختلفة. وقد شهدت فترة الثمانينات والتسعينات ازدهاراً شديداً فـي دراسة الاتجاه، كما من المتوقع أن يستمر هذا الازدهار خلال القرن الحالي (محمود، 1989 ؛ حسين، 1985). ورغم أن موضوع الاتجاهات من الموضوعات التي كثرت حولها الدراسات منذ زمن طويل، إلا أنه لا يوجـد

اتفاق بين الباحثين حول مفهوم الاتجاه والدليل على ذلك قائمة التعريفات التي وردت في الدراسات والبحوث التربوية والنفسية.

يرجع مفهوم الاتجاهات (Attitude) للكلمة اللاتينية (Aptus) وتعني المواءمة، و (Aptitude) وتشير إلى الاستعداد العقلي للقيام بعمل ما. وقد تعددت تعاريف الاتجاهات، ومن هذه التعاريف الاستعداد للقيام بعمل ما، أو أنها نزعة الفرد للتصرف إزاء وضع معين بطريقة ما سواء إيجابية أو سلبية (القطب، 1981).

ويرى ثيرستون (Thurston) الذي يعتبر رائدا في مجال قياس الاتجاهات- في تعريفه للاتجاه النفسي بأنه درجة التأثير الموجب أو السالب المرتبط بظاهرة سيكولوجية معينة، ويقصد ثيرستون بالظاهرة السيكولوجية المعينة بأنها عبارة عن رموز، أو جملة، أو شعار، أو شخص، أو مؤسسة، أو فكرة من النوع الذي تختلف اتجاهات الناس حولها من الموجب إلى السالب (Edwardes, 1957,p.62)

وقد عرف زهران (1977 ،ص.144) الاتجاه على أنه :"استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف أو رموز في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة. كما عرف روكيش (Rokcach, 1972, p.159) الاتجاه بأنه:" تنظيم لعدد من المعتقدات والأفكار حيال موضوع ما يجعل الفرد ينزع نحو تفضيل موضوع ما أو رفضه".

وقد بين البورت طبيعة الاتجاه على أنه: " حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي في استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة" (بلقيس، مرعي، 1982، ص.418). في حين عرف الغزاوي (1993 ،ص.38) الاتجاه بأنه: " استجابة ما تجاه موضوع ما سلبا أو إيجابا بمحبة أو كراهية على حد سواء". وكذلك استنتج البدور (1996 ،ص.4) تعريفا للاتجاه يقول: "ان الاتجاه استعداد أو نزوع أو وضع نفساني متعلم بحيث تكون استجابة الفرد إيجابية أو سلبية نحو موقف معين أو موضوع يؤثر عليه".

وعرف الاتجاه على أنه " هو نمط منظم ثابت من أنماط التفكير أو الشعور يظهره الفرد كاستجابة نحو الناس والجماعات والقضايا الاجتماعية، أو هو الاستجابة إلى حدث في البيئة" (سرحان، 1993، ص. 5). كما

عرفه حمادين (1987، ص. 2) على أنه:" حالة من الاستعداد الفكري والنفس حركي المنتظم والمتعلم من قبل الفرد، تمكنه من الاستجابة الذاتية بسلوك القبول أو الرفض لفكرة معينة أو موقف معين أو موضوع معين".

كذلك وفي هذا المجال قدم (القريطي، 1999) تعريفا للاتجاهات يمكن تلخيصه بأنها تنظيمات سلوكية يكتسبها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية، وعن طريق معايير ثقافية وخبراته الانفعالية، وهي تشتمل ضمنيا على معايير تقويمية لخصائص الموضوعات والأشخاص والأشياء والأوضاع المختلفة التي تشكلت نحوها، كما وتشير الاتجاهات لنزعة الفرد لئن يستجيب بطريقة معينة لهذه الموضوعات، وهي من أهم موجهات السلوك.

وهناك تعريف آخر للاتجاه على أنه :"حالة متعلمة من الاستعداد العقلي العصبي بالقبول أو الرفض، وهي ثابتة نسبيا وتوجه استجابة الفرد نحو موقف أو موضوع ما " (ابو شرار، 1996، ص. 2).

ويمكن الخروج بالتعريف التالي للاتجاه: بأنه استعداد عقلي مكتسب أو وضع نفسي لدى الفرد يجعله ينزع أو يميل تجاه موقف ما أو فكرة معينة أو أشخاص أو أي شيء حسي أو معنوي ، بحيث يستجيب بطريقة ثابتة سواء سلبا أو إيجابا بسبب ما يمتلكه مسبقا من الاستعداد للاستجابة.

وهناك فرق بين الاتجاه والميل والدافع لدى الفرد، فينظر للميل على أنه نزعة سلوكية تكونت لدى الفرد خلال فترة زمنية ليست بطويلة، للانجذاب نحو نوع معين من النشاطات أو الأعمال. أما الدوافع فتعتبر القوى الداخلية المحركة للميل والسلوك نحو مواضيع معينة، وممكن أن ننمي الميول لتصبح اتجاهات عامة لدى الأفراد في المستقبل. غير أن الاتجاه لا يكون محدد بنشاط أو موضوع معين (عريفج و حسين، 1987 ؛ حسين،1985).

ويمكن استخلاص ما قدمه كل من زهران (1977) ومرعي و بلقيس (1982) وعليمات (1994) من خصائص ومميزات للاتجاه وهي :

1. مكتسبة و متعلمة: تعتبر الاتجاهات مكتسبة ومتعلمة من خلال التفاعل مع الآخرين وتربية الأسرة، وجماعات الأصدقاء وغيرها، حيث لوحظ أن كثير من اتجاهات الأطفال هي نفس اتجاهات والديهم. كذلك يتعلم الفرد الاتجاهات من خلال ما يلاحظه في هذا العالم (Borgatta & Borrgatta, 1992).

2. متنوعة.

3. متفاوتة في الإيجابية والسلبية والحياد.

4. ثابتة نسبيا، لكنها قابلة للتغيير وفق مبادىء التعلم.

5. قابلة للقياس والتقويم بأدوات ووسائل مختلفة (أي قابلة للملاحظة والقياس).

6. ذات اتجاه دينامي، يحرك سلوك الفرد نحو الأشياء والموضوعات التي تنظم حوله.

7. الاتجاهات تنبىء بالسلوك، إذ يمكن التنبؤ بسلوك الفرد من خلال معرفة اتجاهاته.

8. تتأثر الاتجاهات بسلوك الآخرين.

مكونات الاتجاهات

تتكون الاتجاهات من ثلاثة مكونات أو عناصر (التل،1992 ؛ مرعـــي و بلقيــس، 1982 ؛ Sills,1968) مرتبة حسب مراحل تكوينها:

1. المكون المعرفي (Cognitive Component): ويمثل المرحلة الأولى في تكوين الاتجاه، ويتضمــن حصيلة المعارف والمعلومات والحقائق التي تتوفر لدى الفرد، والتي لها علاقة بموضوع الاتجاه.
2. المكون الانفعالي (Emotional Component): وهي المرحلة الثانية في تكوين الاتجاه، وهو يشــير إلى مشاعر الحب والكراهية التي يواجهها الفرد نحو موضوع الاتجاه، إذ يكون مرتبطـــا بتكوينــه العاطفي وهذا يؤدي إلى موقف تفضيلي لموضوع الاتجاه (حب، كراهية، ...).
3. المكون السلوكي (Behavioral Component): ويمثل المرحلة الثالثة في تكوين الاتجاه ويتضمــن الاستعدادت، والأنماط السلوكية التي تتوافق مع مكونات الاتجاه السابقة، ويتضمن الاستجابة العملية للفرد في مواقف ذات صلة بموضوع الاتجاه، والطريقة التي يستجيب فيها.

وفي الحديث عن أهمية ووظائف الاتجاهات تذكر البطارسة (1992) أن معرفة الاتجاهـــات تســـاعد علـــى التنبؤ بسلوك الأفراد المستقبلي، كما أنها من المؤشرات القوية على السلوك الظاهر للفرد، إذ يتـــأثر ســـلوك الأفراد نحو الأمور وموقفهم منها بما لديهم من اتجاهات إيجابية أو سلبية، تتكون نتيجة التفاعل بيـــن الفـــرد وبيئته. كما أنها تشكل الإطار المسبق الذي يستخدمه الفرد في إصدار أحكامه نحو الأمور والمواقـــف التـــي

يتعامل معها، مما يسهل عملية تنظيم وتحديد السلوك المطلوب تجاه المواقف المتنوعة، فتجنبه التشتت والحيرة في هذا الموقف.

ويقول القطب (1981) أن من الوظائف التي تؤديها الاتجاهات هي تلبية الحاجات المرغوبة للإنسان، خاصة فيما يتعلق بالسلوك الذي يحقق الرضا والثناء من قبل الآخرين. وإنها انعكاسا للقيم التي يتبناها الفرد نحو القضايا المختلفة، وفيها التعبير عن الشعور تجاه مسألة أو موضوع ما، وفيها اكتساب للمعلومات والخبرة حول مختلف أمور الدنيا المادية منها والروحية والميتافيزيقية. كما واستعملت الدراسات الاجتماعية مقاييس الاتجاهات للتعرف والكشف عن مظاهر التغير الأجتماعي، ومدى تقبل أو رفض التغيرات المستجدة (Borgatta & Borrgatta, 1992).

وهناك مجموعة عوامل تؤثر في الاتجاهات وتساعد في تنميتها (بلقيس ومرعي، 1982 ؛ الزيود، 1989 ؛ السامرائي، 1988) نذكر من أهمها:

1. عوامل التنشئة الاجتماعية والمواقف البيئية المختلفة ذات الأهمية الخاصة والتي يمر بها الفرد والجماعة والتي تنعكس على حياته.
2. العوامل والتجارب والخبرة الشخصية التي يمر بها الفرد.
3. المؤثرات الثقافية والحضارية التي يعيش في ظلها الفرد، من نظم سياسية واقتصادية وقيم ومعايير في المجتمع الذي يوجد فيه الفرد، حيث تؤدي إلى تكوين اتجاهات مختلفة حيال هذه المؤثرات.
4. البيئة المحلية: من خلال اتصال الطفل بالأفراد والمجموعات الأخرى في المجتمع (البائع، عامل التنظيفات.. الخ).
5. المجتمع: من خلال العادات والتقاليد والقيم السائدة في المجتمع، والمثل التي يؤمن بها المجتمع والعوامل التي تؤثر فيه ..

ويصنف بعض المربين (مخيمر،1968 ؛ زهران ،1977 ؛ مرعي وبلقيس، 1982) الاتجاهات إلى الأنماط التالية:

1. الاتجاهات الموجبة (Positive Attitudes): وهي التي تتصل وتؤيد فكرة أو موضوع أو موقف معين.

2. الاتجاهات السالبة (Negative Attitudes): وهي التي ترفض ولا تؤيد فكرة أو موضوع أو موقف ما.

3. الاتجاهات المحايدة (Neutral Attitudes): وهي التي تتمثل في حيرة الفرد بين سلوك الرفض أو سلوك القبول لفكرة أو موضوع أو موقف ما.

تعديل و تغيير الاتجاهات

الاتجاهات قابلة للتعديل في ظل ظروف معينة، اذ يكتسب الفرد اتجاهاته من خلال البيئة المتغيرة المحيطة به، وتتباين الاتجاهات في قابليتها للتعديل أو التغيير. وفي هذا المجال وضعت نظريات من أجل تفسير السلوك والاتجاهات وطرق تغييرها، فمثلا نظرية التنافر المعرفي (Cognitive Dissonance Theory)، للعالم فستنجسر (Festinger) كما ورد في (Radford & Govier, 1992) تنص على أن الأفراد مدفوعين إلى تجنب المواقف التي تجلب لهم التنافر المعرفي، والإقبال على المواقف التي تجلب لهم الانسجام المعرفي، وبحدوث حالة من التنافر المعرفي لدى معلومات الفرد يدفعه ذلك إلى التعديل في اتجاهاته للوصول لنوع من التوازن، ويتم ذلك من خلال تغيير اتجاهاته، أو تغيير البنية المعرفية، أو ربما من خلال تبرير المعلومات الجديدة لتنسجم مع البنية المعرفية لديه.

ويشير الوينس وكروسنك (Alwins, Krosnick) كما ورد في (الغزاوي، 1993) إلى أن أكثر المراحل العمرية التي يمكن فيها التغيير هي مرحلة الرشد بين (18 و 25) سنة.

أما نظرية التوازن (Balance Theory) لهايدر (Heider) الوارده في بورقات وبورقات (Borgatta & Borgatta, 1992) فتقول بأن تعديل السلوك ضروري لتوفير التوازن في العلاقة القوية بين شخصين، بحيث تكون اتجاهاتهم متوافقة في موضوع ما، وبحدوث عدم انسجام في العلاقة او عدم توازن يضطر أحد الطرفين لتعديل اتجاهه لتحدث حالة التوازن. وتفترض هذه النظرية بأن حالة عدم التوازن حالة غير مرضية، يسعى الفرد فيها لإعادة التوازن المفقود.

وقد أشار كل من مرعي وبلقيس (1984) إلى بعض وسائل وطرق تغيير الاتجاهات، ومن هذه الطرق تغيير الجماعة التي ينتمي إليه الفرد، أو من خلال تغيير مركز الفرد وأوضاعه الاجتماعية، وقد يكون تغيير اتجاه الفرد من خلال التغيير القسري الذي يجعل الفرد يعدل من اتجاهاته نتيجة بعض الظروف المستجدة، كما

قد يطرأ تغيير على اتجاهات الفرد عن طريق وسائل الاتصال المختلفة، أو قد تتغير اتجاهات الأفراد نحو موضوع ما بسبب الخبرات الجديدة التي يكتسبونها تجاه ذلك الموضوع.

ومن أهم العوامل التي تجعل الاتجاهات صعبة التعديل ما يلي :

1- أن تكون الاتجاهات تكونت لدى الفرد منذ سن مبكرة، حيث تكون الانطباعات الأولية أكثر رسوخا.
2- عندما يكون كل عنصر من عناصر الاتجاه مرتبطا ومتصلا بالعناصر الأخرى، فلا يمكن تغيير هذه العناصر كل على حده (عيسوي، 1982).

قياس الاتجاهات

إن الاتجاهات حالات عقلية لا يمكن ملاحظتها مباشرة، لذلك وضع علماء النفس والاجتماع عدة طرق لقياسها نذكر منها (Borgatta & Borgatta, 1992) :

الطرق المباشرة Direct Methods:

وفيها يتم تقديم أسئلة للفرد ونحصل على الاستجابات عليها، ويوجد مقاييس اتجاه عديدة من هذا النوع من أشهرها مقياس الفقرة المفردة (Single-Item Scale)، والذي تكون فيه كل فقرة إما سلبية أو إيجابية، وتكون استجابة الفرد عليها واحدة من الخيارات: (موافق، غير موافق، غير متأكد)، وهذا النوع سهل التطبيق ولكن ليس دقيقا. والنوع الآخر هو مقياس ليكرت (Likert Scale) وهو يحتوي مجموعة من الفقرات، ويطلب من المستجيب أن يختار ما يعبر عن درجة القبول أو الرفض للفقرة من وجهه نظره، وعن طريق تحليل الفروق بين نمط الاستجابات لجميع المستجيبين، يمكن للباحث أن يرتب الأفراد حسب درجة الموافقة أو الرفض، ويمكن أن يقدم هذا المقياس دلالة معنوية للاستجابات. والنوع الثالث من هذا النوع من المقاييس المباشرة، هو تقنية الدراسة الفارقية لمعاني الأشياء (Semantic Differential-Technique) لتقييم صفات الأشياء الشخصية في حياة الفرد كما يراها هو، حيث يقدم الباحث للمستجيب قائمة من الصفات المتضادة في كل مجموعة مثل (جيد، سيء)، وعلى المستجيب أن ينسب لكل صفة شيئا لديه يتجه نحوه بتلك الصفة، مثل أن يضع عند كلمة جيد: عملي، سيء: مسكني. ثم يقوم الباحث بتحليل البيانات بطرق مختلفة.

الطرق غير المباشرة Indirect Methods:

إن النوع المباشر يفترض أمانة وصدق الشخص المستجيب، ولكن ماذا لو كانت الأسئلة حول قضايا حساسة أو من النوع المحرج للمستجيب. من هنا وجدت الطرق غير المباشرة، والتي لا تشعر المستجيب بالهدف المنشود من وراء المطلوب مباشرة. منها طريقة الرسالة المفقودة (Lost Letter) تشمل رمي الرسائل في الأماكن العامة، وملاحظة تصرفات الشخص الذي يجدها، فالباحث مثلا يمكن أن يقيس الاتجاهات نحو الإجهاض، عن طريق تحديد نصف الرسائل للمجموعة التي تؤيد هذا الموضوع والنصف الأخر للمجموعة التي لا تؤيد الفكرة. إذا كانت نسبة عالية من رسائل المجموعة الأخيرة قد عادت، هذا يؤكد أن الناس لديهم اتجاهات ضد الإجهاض. ومن الطرق غير المباشرة أيضا مقياس توسيع بؤبؤ العين (Pupil Dilation) حيث يتوسع بؤبؤ العين لدى المستجيب الذي لديه اتجاه إيجابي، أو يبدي اهتماما من نوع مميز في المجال المحدد الذي سئل عنه. و بعض المقاييس غير المباشرة للاتجاه تشمل خدعة المستجيبين، فقد يسأل الشخص أن يرتب عددا كبيرا من الجمل في مجموعات، واتجاهات الفرد يمكن استنتاجها من أنماط الجمل التي كونها. وبطريقة مشابهة قد يسأل المستجيب أن يكتب جملا يعبر فيها عن اعتقادات الآخرين حول قضية ما، ومن خلال ما يكتبه يمكن أن يتعرف الباحث على اتجاهات هذا الشخص لدرجة معينة.

الشكل الثالث من النوع غير المباشر يسمى الأنبوب المزيف (Bogus Pipeline)، ويقوم هذا الشكل على توصيل الشخص مع أقطاب كهربائية لأداة، ويخبر أن الأداة تقيس مشاعره الحقيقية عن طريق إعطاء رموز أو إشارات أو نحو ذلك، ثم يسأل المستجيب أسئلة مباشرة. وما تزال المقاييس غير المباشرة تفتقر للمصداقية العالية والثبات.

الاتجاهات نحو المسنين

تختلف اتجاهات الأشخاص نحو كبار السن، متأثرة بالثقافة التي يعيشونها، ويشير منصور(1987) إلى أن الاتجاهات السائدة عند الشباب نحو كبار السن كثيرا ما تنطوي على البغض أكثر من القبول، وأن كبار السن يبدون اهتماما بالغا بما إذا كانوا موضع تقبل أو رفض من قبل الراشدين والمحيطين بهم، حيث أن طبيعة اتجاهات جماعة معينة نحو كبار السن تعكس الصورة التي تحملها تلك الجماعة نحو فئة كبار السن، ومن خلال هذه الصورة تتبين إلى حد ما طبيعة السلوكات التي يمكن أن تمارسها هذه الجماعة مع المسنين.

وهناك متغيرات تلعب دورا كبيرا في التأثير على طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن مثل التعليم، الخبرة في مجال التعامل مع المسنين أثناء العمل، و وجود برامج تدريبية حول طرق التعامل مع المس ورعايته (Kosberg & Harris, 1978).

كما أن اتجاهات ونظرة الفرد للمسن تختلف باختلاف الأنماط المجتمعية، وهذا يعود إلى اختلاف أسلوب التنشئة الاجتماعية، من نمط مجتمعي لآخر، ولعل العادات والتقاليد السائدة في المجتمع الأردني تشكل دافعا أخلاقيا مهما لاحترام المسنين ومساعدتهم، وان الضوابط الاجتماعية التي أوجدها المجتمع في هذا الإطار تعد قوة ردع كبيرة تفوق قوة القانون في كثير من الأحيان فيما يتعلق بمسؤولية الأفراد تجاه المسنين، ويتضح ذلك من عدم الاحترام أو التقدير الذي يلقاه الأفراد والأبناء إذا هم أساءوا معاملة المسنين أو تخلوا عن رعايتهم (عكروش، 1999).

و تعتبر دراسة الاتجاهات نحو المسنين قضية مهمة، مما يتطلب قياس هذه الاتجاهات عبر الثقافات وتعاقب الأجيال. حيث أن دراسة الاتجاهات التي تقارن اتجاهات مجتمع وكيف تشعر فئاته نحو كبار السن مهمة لتطوير سياسة ذلك المجتمع فيما يخص القرارات المتعلقة بالعناية بالأشخاص المسنين، ودعم عائلاتهم كفئة من ذلك المجتمع (Sahud, Bruvold & Merino, 1990). إذ يستدعي وجود اتجاهات سلبية نحو كبار السن لدى مجموعة من الأفراد الحاجة لتحسين هذه الاتجاهات، وذلك باتباع الطرق المناسبة لذلك (Kosberg & Harris, 1978).

مشكلة الدراسة:

يتعرض المسنون لكثير من المشكلات والمنغصات خلال مرحلة الشيخوخة، لا سيما تلك المشكلات التي يواجهونها في مجال الصحة العامة، والتوافق مع التغيرات الفسيولوجية الحاصلة في هذه مرحلة. حيث تشير الدراسات إلى أن المشاكل الصحية تتزايد بشكل ملحوظ مع التقدم في السن، إذ أن نسبة (80%) على الأقل من الأفراد الذين أعمارهم (65) سنة أو يزيد يعانون من أمراض صحية مزمنة، وأن الغالبية تعاني من أكثر من حالة مرضية بنفس الوقت. وتتباين أمراض الشيخوخة من حيث شيوعها، ولعل الأكثر انتشارا من بينها هي أمراض القلب، السرطان، و التجلطات الدموية.وتشير بعض الدراسات أيضا إلى أن حوالي (49%) من

كبار السن يعانون من الآم المفاصل، و(30%) يعانون من ضعف السمع أو فقدانه، و(10%) لديهم مشاكل في الإبصار. كذلك تمثل الأمراض العقلية مشكلة جوهرية في حياة كبار السن، و في كثير من الحالات تهدد صحتهم العامة وتكيفهم في الحياة، حيث تنتشر الأمراض العقلية بنسبة (12.3%) بين كبار السن وبنسبة، (70%) لدى المقيمين في دور رعاية المسنين، وبنسبة (50%) للمرضى منهم المقيمين في المستشفيات. كما وتنتشر الأمراض النفس عصبية (Neuropsychological Diseases) بين كبار السن، ومن أشهر هذه الأمراض الاكتئاب (Depression) وعرض خرف الشيخوخة (Dementia Syndrome) وغيرهما مما سبق ذكره (Nussbaum, 1998).

ولعل هذه المشكلات الصحية وآثارها النفسية على حياة المسنين تجعلهم الأكثر حاجة للاهتمام والرعاية الصحية والنفسية، والتي تبدأ بطريقة التعامل مع المسنين لدى مراجعتهم المراكز الصحية أو مؤسسات الرعاية النفسية أو المستشفيات. و تتباين طرق التعامل مع المسنين من ثقافة لأخرى، متأثرة بعادات المجتمع واتجاهاته نحو المسنين والشيخوخة. وإن المجتمع المتحضر في هذا المجال من كان ينظر للشيخوخة بكل جوانبها المتداخلة، لتكون عملية المعالجة الصحية المقدمة للمسنين، شاملة لا تقتصر على تشخيص المرض، وإعطاء الدواء، إنما التركيز على الجوانب النفسية، نظرا لارتباط الأمراض المزمنة بالحالات النفسية للمريض المسن (شريم، 1998).

إن وضع المسن محكوم باتجاهات المجتمع نحوه، وبما يحمله المجتمع من مشاعر وسلوكيات و معتقدات عن المسنين، وهذا ينعكس على الميزات الاجتماعية التي يمكن أن يحصل عليها المسنون، كذلك تتأثر الجوانب النفسية للمسنين بنظرة المجتمع إليهم، ولعل هذه النظرة قد تكونت من طبيعة الاتجاهات السائدة في هذا المجتمع نحو كبار السن. إذ تعد الاتجاهات من أهم المحددات التي يمكن من خلالها التنبؤ بالسلوك الإنساني (أبو جابر و البداينة، 1993).

والقطاع الصحي هو جزء من هذا المجتمع، ويعتبر العاملون في هذا القطاع هم الأكثر تعاملا مع المسنين، على اعتبار أن أكثر مشاكل كبار السن هي مشاكل صحية، كما سبق ذكره، ومعظم المشاكل الأخرى تولدت من هذه المشكلة. من هنا تتحدد مشكلة الدراسة في قياس الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين في

القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك، والتعرف على طبيعة هذه الاتجاهات، و دراسة تأثير بعض المتغيرات الديمغرافية عليها.

أهمية الدراسة

يمكن إجمال أهمية الدراسة في النقاط التالية:

أولا: تكمن أهمية الدراسة في الكشف والتعرف على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن، حيث تعكس طبيعة الاتجاهات التي يحملها الأفراد نحو كبار السن محتوى الثقافة الاجتماعية في المجتمع الذي ينتمون إليه.

ثانيا: تتأثر نوعية الممارسات التي يسلكها العامل في القطاع الصحي مع المسن بما يحمله من اتجاهات نحو كبار السن والشيخوخة ، مما ستنعكس على حالة المسن بشكل عام، لا سيما أن معظم مشاكله صحية. فإذا كانت اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن سلبية، فإن هذا سيؤثر سلبا على تقبل المسن للحالة المرضية التي يعاني منها، وهذا ينعكس على إمكانية شفاؤه ، وعلى الوضع النفسي له، مما يؤدي لتزايد مشاعر الإحباط و شعور المسن بتضاءل قيمته في المجتمع، وشعوره بعدم الجدوى من وجوده، وإحساسه بالحزن، وفقدان الأمل من الحياة، وكثرة انطوائه على نفسه، وفي كثير من الحالات رغبته بالموت، لا سيما أن معظم مشاكلهم الصحية مزمنة. و وجود مثل هذه الاتجاهات السلبية نحو كبار السن، يدعو للتخطيط لتحسين هذه الاتجاهات نحو الأفضل. أما إذا وجدنا بعد البحث أن الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين في القطاع الصحي كانت إيجابية، فهذا سيساعد على تقدم حالة المسن الصحية، و سيترك أثرا حسنا في التوافق النفسي لديه، مما ينعكس إيجابيا على مفهوم الذات للمسن، فيجعله أكثر تفاؤلا بالحياة، واستعدادا للشفاء. و لكن إذا كانت الاتجاهات إيجابية نحو كبار السن، لا يعني التوقف عن عمل شيء، بل لا بد من التذكر بأننا في مجتمع يعاني التغيير والتطوير بسرعة، وبعض هذه التغيرات مصدرها حضارات وثقافات أجنبية، وبناءا على ذلك، لا بد من التخطيط لتقوية هذه الاتجاهات الموجودة في مجتمعنا وحمايتها من التغيير السلبي (العمران، 1992).

ثالثا: تبرز أهمية هذه الدراسة، إذا علمنا أن موضوع الاتجاهات نحو كبار السن كان وما يزال موضع اهتمام كثير من الدراسات الأجنبية، التي تشير معظمها إلى أن الاتجاهات القديمة نحو المسنين كانت معظمها سلبية نحو المسنين المرضى (شريم، 1998)، و أن الدراسات العربية التي بحثت في موضوع الاتجاهات نحو كبار السن تكاد تكون نادرة، وقد تكون هذه الدراسة هي الدراسة الأولى التي بحثت في الاتجاهات نحو كبار السن في الأردن، حسب معلومات الباحثة، وهذا سيعطيها أهمية كبيرة، لا سيما لأنها ستسهم بإضافة مرجع إلى المكتبة العربية يحتوي حقائق علمية حول طبيعة الاتجاهات والنظرة التي يحملها العاملون في القطاع الصحي نحو كبار السن.

رابعا: هناك أكثر من جهة قد تستفيد من هذه الدراسة مثل وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، والعاملون في دور رعاية المسنين، وكل ذي اهتمام وبالأخص الباحثون في مجال الدراسات النفسية والاجتماعية المتعلقة بقضايا الشيخوخة وكبار السن.

خامسا": تقدم هذه الدراسة مقياسا" مناسبا" للاتجاهات نحو كبار السن في البيئة الأردنية، له درجات مقبولة من الصدق والثبات.

أسئلة الدراسة

هدفت هذه الدراسة للتعرف على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن، وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة التالي:

السؤال الأول: ما هي طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن بشكل عام؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للجنس؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للعمر؟

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى لمستوى التعليم؟

السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى لمكان العمل؟

السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للمهنة؟

السؤال السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للخبرة؟

السؤال الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للحالة الاجتماعية؟

السؤال التاسع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العلملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى لوجود مسن في الأسرة؟

التعريفات الإجرائية

لأغراض هذه الدراسة أعتمدت التعريفات الإجرائية التالية:

الإتجاه: هو استعداد عقلي مكتسب أو وضع نفسي لدى الفرد يجعله ينزع أو يميل تجاه موقف ما، أو فكرة معينة، أو أشخاص، أو أي شيء حسي أو معنوي ، بحيث يستجيب بطريقة ثابتة، سواء سلبا أو إيجابا، بسبب ما يمتلكه مسبقا من الاستعداد للاستجابة، ويقاس عن طريق مقياس الاتجاهات نحو كبار السن الذي أعد لأغراض هذه الدراسة.

متغيرات الدراسة: المعايير التي تصنف في ضوءها الاتجاهات وهي في هذا البحث ما يلي:

الجنس: ذكر أو أنثى.

العمر: ويقع ضمن إحدى الفئات العمرية التالية:-

1. 19-29 سنة.
2. 30-39 سنة.

3. 40 سنة أو أكثر.

مستوى التعليم: ويعبر عن أعلى شهادة تعليمية حصل عليها الفرد ويتم اختيارها من التالية:

1. دراسات عليا (دكتوراه، ماجستير، دبلوم دراسات عليا).
2. بكالوريس.
3. دبلوم.
4. توجيهي.
5. ما دون ذلك.

مكان العمل: وقد تم تصنيفه لأغراض الدراسة لثلاثة مواقع:

1.مديريات الصحة.

2.مستشفى.

3.مركز صحي.

المهنة: وهي نوع العمل الذي يقوم به العامل في القطاع الصحي ويتم تصنيفه إلى التالية:

1. طبيب: ويشمل الطبيب العام، الطبيب المتخصص، طبيب الأسنان.
2. الممرض: ويشمل أعمال التخصصات التالية:-

- الممرض القانوني: وهو الحاصل على شهادة البكالوريس أو الدبلوم في التمريض.
- الممرض المساعد: وهو الذي تم تدريبه في مدرسة مساعدات التمريض.

3. عمل فني طبي مساعد: وهذا العمل يشتمل على أعمال المهن التالية:-

صيدلي، مساعد صيدلي، أعمال المختبر، أعمال التخدير، أعمال التصوير العادي والطبقي، العلاج الطبيعي، أعمال فني الأسنان، أعمال فنية للأجهزة الطبية.

الخبرة: وهي عدد السنوات التي قضاها العامل في الخدمة في مجال العمل الصحي وقد قسمت للفئات التالية:

1. 1-5 سنوات .
2. 6-10 سنوات.
3. 11-15 سنة.
4. 16 -فما فوق.

الحالة الاجتماعية: وقد صنفت إلى (غير متزوج، متزوج).

المستخدم: ويشمل الخادم، أو المراسل من غير الأميين، والذين قد يتعاملون مع كبار السن، مثل خدمة كبار السن المرضى المقيمين.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

اهتمت كثير من العلوم الإنسانية بدراسة الاتجاهات نحو كبار السن، والكشف عما تحمله فئة معينة أو جماعة من الناس من اتجاهات نحو الشيخوخة، أو مقارنة اتجاهات ثقافات مختلفة نحو كبار السن، وذلك لأغراض مختلفة. وقد كانت معظم هذه الدراسات أجنبية، وسنذكر أهم هذه الدراسات:

قام كوجان (Kogan, 1961) بدراسة هدفت إلى تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن. وقد استخدم عينة مكونة من (168) طالباً يدرسون مادة مبادئ في علم النفس، كان من بينهم (87) ذكراً، و (81) أنثى من جامعة بوستن (Boston University). وقد تكون مقياس كوجان من (17) زوج من الفقرات، (17) فقرة تعبر عن الاتجاهات السلبية، و (17) فقرة مقابلة تعبر عن الاتجاهات الإيجابية. وقد أشارت النتائج إلى وجود اتجاهات سلبية ومشاعر عدم ارتياح نحو كبار السن، ولا توجد فروق معنوية تعزى للجنس في الاتجاهات.

كذلك قامت كل من فاترل وجون (Futrell & Johes, 1977) بدراسة بهدف مقارنة اتجاهات ثلاثة مجموعات نحو كبار السن، وهذه المجموعات هي: الأطباء، العاملين في الخدمة الاجتماعية، والممرضين. وقد استخدما استبانه لقياس الاتجاهات. وكانت عينة الدراسة تتكون من (245) من الأطباء والممرضين والعاملين في الخدمة الاجتماعية، حيث تم توزيع الاستبانات على المجموعات الثلاثة واسترجع منها فقط ما نسبته (64%). ومن نتائج الدراسة أن الاتجاهات في مجملها كانت إيجابية نحو كبار السن، ولكن لدى مقارنة اتجاهات العينات الثلاثة تبين أنها إيجابية أكثر لدى العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية، ثم لدى الممرضين ثم الأطباء.

وأجرى منصور (1987) دراسة، كان الهدف منها الكشف عن مدى تجانس الاتجاهات النفسية نحو كبار السن لدى بعض الفئات العمرية في المجتمع الكويتي، وأثر كل من العمر والجنس على هذه الاتجاهات. وقد قام الباحث ببناء مقياس للاتجاهات نحو ظاهرة التقدم في العمر بالاستفادة من الأمثال الشعبية الكويتية المتعلقة بالتقدم في العمر وبالمسنين. وقد تألفت عينة الدراسة من (200) مفحوص من الكويتيين من

الجنسين، يمثلون أربعة فئات عمريه عرفها كما يلي: مرحلة الشباب و تكونت من (66) طالباً من جامعة الكويت، منهم (47) ذكراً و(19) أنثى و متوسط أعمارهم (20.8) سنة، ومرحلة الرشد المبكر ويمثلها(62) مفحوص، منهم (45) ذكوراً و (17) أنثى، متوسط أعمارهم (35.2) سنة، ومرحلة الرشد الأوسط ويمثلها (38) مفحوص، منهم (18) ذكراً و(20) أنثى، متوسط أعمارهم (54.3) سنة، وأخيراً مرحلة الرشد المتأخرة مكونة من (34) مفحوص، منهم (13) ذكراً و (21) أنثى متوسط أعمارهم (66.3) سنة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تجانس واتساق بين الاتجاهات النفسية نحو ظاهرة التقدم في العمر لدى الفئات العمرية المختلفة، كما وأكدت نتائج الدراسة على وجود اتجاه إيجابي عام في المجتمع الكويتي يعبر عن محصلة استجابات أبناء هذا المجتمع نحو كبار السن، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للاختلاف في العمر لدى الأجيال المختلفة، كما وتبين من نتائج التحليل أيضا وجود أثر للتفاعل بين متغير العمر ومتغير الجنس في الاتجاهات نحو التقدم في السن.

قام كل من ساهود وآخرون (Sahud, et al., 1990) بدراسة الاتجاهات نحو كبار السن لدى مجموعتين، المجموعة الأولى مكسيكية (ناطقة بالإسبانية)، والثانية من الولايات المتحدة الأمريكية (ناطقة بالانجليزية)، وذلك بهدف تطوير أداة قادرة على قياس الاتجاهات نحو كبار السن في سياق ثقافات مختلفة. وقد تم تطبيق الأداة على عينتين (396) أمريكي، و(202) أسباني. و يحتوي المقياس المستخدم على (200) فقرة، نصفها يعبر عن الاتجاهات الإيجابية، والنصف الآخر يعبر عن الاتجاهات السلبية. وبناء على ذلك تم تطوير مقياسين (48 فقرة لكل مقياس) لكل من الأسبان والأمريكان أحدهما إيجابي والأخر سلبي. و قد أشارت نتائج الدراسة إلى حصول المقياس على درجة صدق مناسبة، وإمكانية استخدام المقياس في ثقافات أخرى.

كما أجرى كل من ستيفن وجيل (Stephen & Gail, 1990) دراسة هدفت لمعرفة أثر برنامج تجريبي على الاتجاهات نحو كبار السن، وأطلقوا على هذا البرنامج اسم "الضيف المحبوب"، حيث يتم فيه تنظيم عدد من الزيارات حسب خطة ما، لأشخاص كبار سن أو متقاعدين، ، وذلك من قبل عدد من المراهقين. ثم قيست اتجاهات المراهقين المشتركين في البرنامج نحو كبار السن، وقيست اتجاهات مجموعة أخرى لم تطبق البرنامج نحو كبار السن. وقد أظهرت النتائج أن الذين طبقوا البرنامج كانت اتجاهاتهم إيجابية نحو

كبار السن، بينما بدت اتجاهات المجموعة التي لم تطبق البرامج أقل إيجابية نحو كبار السن. وقد أكدت الدراسة على دور مثل هذه البرامج في تحسين الاتجاهات نحو كبار السن.

وفي دراسة مشابهة لدراسة ستيفن وجيل قام انتريري، كيلي و براون (& Intrieri, Kelly Brown, 1993) بدراسة كان الهدف منها معرفة أثر برنامج تجريبي في علم الشيخوخة (Gerontology) على اكتساب معارف حول الشيخوخة، والاتجاهات، ومهارة التعامل مع كبار السن. وأجريت الدراسة على عينة من طلبة السنة الثالثة في كلية الطب وعددهم (54) طالباً، حيث طبق عليهم البرنامج التجريبي، والذي كان يتم على شكل جلسات جماعية مدة كل جلسة (90) دقيقة. وهذا البرنامج يساعد في التعرف على المظاهر النفسية للتقدم في السن، والتغيرات التي تطرأ على المسن من النواحي الاجتماعية، وتغير مهارات الاتصال والعلاقات مع الآخرين وغيرها. وقد أشارت النتائج إلى أن أفراد العينة الذين خضعوا للبرنامج قد طوروا اتجاهات إيجابية نحو كبار السن، وأنهم كانوا قادرين على التصرف بمهارة اجتماعية خلال المقابلة مع كبار السن.

وقام بيبنقتون (Bebbington, 1991) بدراسة كان الهدف منها التعرف على الاتجاهات نحو كبار السن لدى المعالجين المتخصصين في مجال النطق. وقد استخدم مقياس للاتجاهات نحو كبار السن. وبعد تحليل البيانات التي جمعت من عينة الدراسة، أوضحت النتائج وجود اتجاهات إيجابية لدى المعالجين العاملين في مجال معالجة مشاكل النطق نحو كبار السن، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات تعزى للتعليم والخبرة.

وقد قام بولنج وفورمباي (Bowling & Formby, 1991) بدراسة كان الهدف منها مقارنة اتجاهات الممرضين العاملين في دور الرعاية الصحية الخاصة بالمسنين واتجاهات الممرضين العاملين في المستشفيات نحو كبار السن. حيث أجري مسح لـ (104) ممرضين من مستويات مختلفة، ولديهم خبرات في مجال العمل مع كبار السن من دور رعاية المسنين والمستشفيات في لندن. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الممرضين العاملين في دور رعاية المسنين كانت اتجاهاتهم أكثر إيجابية من الممرضين العاملين على رعاية المسنين في المستشفيات.

كما قام هوب (Hope, 1994) بدراسة مشابهة لدراسة بولنج وفورمبـاي هدفـت إلـى مقارنـة اتجاهات الممرضين الذين يعملون في الميدان الطبي أو العلاجي، والممرضين العاملين في مجـال الرعايـة الخاصة بكبار السن المقيمين في المستشفى، وعلاقة ذلك بوجود معرفة علمية مسبقة بالشـيخوخة. وقـد كانت العينة مكونة من (76) ممرض، تم اختبار وجود معرفة حول الشيخوخة لديهم عـن طريـق اختبـار قصير يحتوى مجموعة أسئلة ومعارف حول مرحلة الشيخوخة. وقد اسـتخدم البـاحث مقيـاس كوجـان (Kogan, 1961) للاتجاهات نحو كبار السن المشار إليه سابقاً. ومن خلال النتائج تبين للبـاحث وجـود فروق معنوية في الاتجاهات لصالح الممرضين العاملين في الرعايـة الخاصـة للمسـنين المقيميـن فـي المستشفى، وكذلك كانت اتجاهات الممرضين الذين لديهم معارف و ثقافة حول الشيخوخة إيجابية أكثر مـن الذين ليس لديهم وعي علمي مسبق بالشيخوخة.

وقد أجرى سكاميدت وآخرون (Schmidt et al., 1991) دراسة من أجل مقارنـة اتجاهـات طلبـة تخصص العلاج الطبيعي (Physical Therapy) و طلبة كلية الطب نحو كبار السن، وقد قيسـت اتجاهـات طلبة كلية الطب في دراسة سابقة على (232) طالب، عاد الباحث إليها لمقارنة نتائجها بنتـائج دراسـته هذه. وقد افترض الباحث أن طلبة العلاج الطبيعي لديهم اتجاهات إيجابية أكثر نحـو كبـار السـن، بحكـم اتصالهم المباشر، وتعاملهم المستمر مع كبار السن مقارنة مع طلبة الطب. وفي هـذه الدراسـة اسـتخدم الباحث نفس المقياس الذي استخدم لقياس اتجاهات كلية الطب في دراسة سابقة وهو مقياس كوجان. وقـد كانت العينة مكونة من (47) طالب تخصص علاج طبيعي. وقد أشارت النتائج إلى أن اتجاهات طلبة العـلاج الطبيعي كانت إيجابية أكثر من اتجاهات طلبة كلية الطب نحو كبار السن.

كما أجرى كل من ويلير وسارفيلا (Weiler & Sarvela, 1991) دراسة هدفت لمقارنـة اتجاهـات العاملين في دور الرعاية الصحية للمسنين في ولاية الينوس (Illinois) نحو كبار السن عـام 1990، مـع الاتجاهات التي قيست للعاملين في دور الرعاية الصحية للمسنين عام 1988 وفي نفس المنطقة السـابقة. وقد كان حجم العينة (458) عاملاً، حيث استخدم نفس المقياس الذي استخدم عام 1988 للاتجاهات نحـو كبار السن، وهو مكون من (50) فقرة. وقد أشارت النتائج لوجود تشابه في الاتجاهـات، أي أن اتجاهـات العاملين في دور رعاية المسنين كانت نسبياً ثابتة خلال الفترتين الزمنيتين في تلك المنطقة، وكانت تميـل نحو الإيجابية أكثر من السلبية.

كما قام كاهانا وأخرون (Kahana et al., 1996) بدراسة كانت عينتها العـاملين فـي دور رعايـة المسنين كما في دراسة ويلير وسارفيلا السابقة الذكر، من أجل مقارنة اتجاهات (143) عامل تمريض فـي دور رعاية المسنين نحو ثلاثة مجموعات افتراضية من المسنين، هي كبار السن الأصحـاء، كبـار السـن المرضى جسدياً، وكبار السن المصابين بمرض الزهايمر (AD). وقد أظهرت النتائج أن الاتجاهات كانت أقل إيجابية نحو المسنين الذين يعانون من الزهايمر بالمقارنة مع الاتجاهات نحو المسنين الأصحاء والمرضى. وتشير النتائج أيضاً إلى أن متغيرات مثل العمر، التعليم، والاتصال مع الأجداد قـد تسـاعد علـى تكوين اتجاهات إيجابية نحو المسنين الأصحاء أو المرضى جسدياً، أما متغيرات مثل فاعلية الذات (Self-Efficacy) فإنها تساهم في تحسن نوعية الاتجاهات نحو المجموعات الثلاثة، أي تطوير اتجاهات نحو كبـار السـن بشكل عام.

كذلك أجرى ويلير (Weiler, 1998) دراسة على العاملين في مجـال الرعايـة الصحيـة فـي دور المسنين لاختبار اتجاهاتهم نحو كبار السن، والمترددين منهم على مراكز الرعاية الصحية، و المسترشـدين من المسنين. وقد جمعت البيانات من عينة عددها (106) عاملين في مجـال الرعايـة الصحيـة فـي دور المسنين في جنوب فلوريدا عام 1994. حيث استخدم الباحث استبانه لقياس الاتجاهات نحو كبـار السـن. ومن نتائج الدراسة أن للعاملين في دور رعاية المسنين اتجاهات إيجابية نحو المسنين، وأن دور الرعايـة تقدم خدمات معقولة لكبار السن، و من نتائج الدراسة أيضاً أن معظم الاتجاهات والتوقعات في دور الرعايـة المنتشرة في المدن والريف كانت متشابهة.

وقام اديلمان، فيلد و جتيقر (Adelman, Fields & Jutagir, 1992) بدراسة لمعرفة أثـر دراسـة وتطبيق مساق يتعلق بصحة كبار السن على اتجاهات طلبة كلية الطب نحو كبار السن. وقد كان حجم العينة (93) طالب من كلية الطب في السنة الرابعة، ممن يدرسون مساقاً حول صحة كبار السـن، واختـير (53) طالبا منهم بشكل عشوائي لممارسة وتطبيق برنامج يختص بالاهتمام بكبار السن، وقد كان البرنامج معـد إعدادا جيداً ومحكماً. و أختير (58) طالباً جعلوا كمجموعة ضابطة لم تمارس البرنامج. وقد استخدم مقياس بعنوان (Aging Semantic Differential) لقياس الاتجاهات نحو كبار السن وطبق على العينتيـن. وقـد أشارت النتائج لوجود فروق معنوية في اتجاهات الطلبة الذين مارسوا البرنامج والذين لم يمارسوه، حيـث

كانت اتجاهات الطلبة الذين مارسوا البرنامج المتعلق بكبار السن أثناء عملهم أكثر إيجابية من اتجاهات أولئك الذين لم يمارسوه، مما جعل الباحث يؤكد في دراسته على أهمية وجود مثل هذه البرامج لتحسين اتجاهات طلبة الطب نحو كبار السن.

وفي دراسة مشابهة لدراسة اديلمان وآخرون أجرى كل من ادواردز والدوز (& Edwards Aldous, 1996) دراسة لمقارنة اتجاهات ومدى المعرفة بالشيخوخة لدى ثلاثة مجموعات. طلبة كلية الطب وأساتذتهم، وطلبة تخصص اللغة الإنجليزية واساتذتهم، وطلبة تخصص علوم الحاسوب وأساتذتهم. وقد بلغ حجم العينة الكلي (1091) طالبا ومدرسا. من جامعة لندن- كلية الملكة ماري و ويستفيلد- (Queen Mary and Westfield College) في بريطانيا. وقد قيست درجة المعرفة بالشيخوخة بواسطة اختبار بالمور (Palmore) بعنوان "حقائق حول الشيخوخة"، أما الاتجاهات فقد قيست بمقياس للاتجاهات نحو كبار السن. وقد أظهرت النتائج وجود معرفة أكبر بالشيخوخة لدى طلبة الطب وأساتذتهم بالمقارنة مع طلبة تخصصي الحاسوب واللغة الإنجليزية وأساتذتهم. وقد كانت اتجاهات المجموعات الثلاثة متشابهة وتميل للحيادية نحو كبار السن، على أنها تشير لوجود ارتباط معنوي بين وجود معرفة علمية مسبقة بمرحلة الشيخوخة والاتجاهات الإيجابية للفرد نحو كبار السن. وقد أكدت الدراسة على أهمية تطوير اتجاهات إيجابية ومعارف حول الشيخوخة وقضاياها بين طلبة كلية الطب.

كما أجرى كل من وان و بوي (Wan & Poi, 1997) دراسة مشابهة لدراسة ادواردز والدوز لمقارنة اتجاهات طلبة التمريض السنة الأولى والثالثة نحو كبار السن من جهة، ومدى معرفتهم بقضايا الشيخوخة من جهة أخرى. وقد كانت معظم الاستجابات على المقياس المستخدم لقياس مدى المعرفة بالشيخوخة و كبار السن تشير بنسبة (96.25 %) للحاجة لمعرفة أكثر حول مرحلة الشيخوخة. وقد أشارت النتائج لوجود علاقة بين المعرفة المسبقة بمرحلة الشيخوخة ووجود اتجاهات إيجابية نحو كبار السن، وقد أوصت الدراسة بضرورة التأكيد على أهمية التثقيف حول مرحلة الشيخوخة والاستعداد لها.

وأجرى ديري وآخرون (Deary et al., 1993) دراسة هدفت لوصف ومقارنة اتجاهات طلبة كلية الطب نحو كبار السن. وقد تكونت العينة من طلبة السنة الأولى في كلية الطب وعددهم (64) طالبا متقدم لدراسة مساق طب الشيخوخة، و (69) طالبا من نفس الكلية قد أنهى دراسة مساق طب الشيخوخة. وقد

أشارت نتائج الدراسة لوجود اتجاهات سلبية لدى كل من المجموعتين، ولكن أقل سلبية لدى الطلبة الذين درسوا مادة طب الشيخوخة، وقد كانت الإناث تحمل اتجاهات أقل سلبية من الذكور.

كما قام كل من ميلر ومورلي (Miller & Morley,1993) بدراسة مشابهة لدراسة ديري وآخرون من حيث مجتمع الدراسة، هدفت للكشف عن مدى الاختلاف والتشابه في اتجاهات الأطباء نحو كبار السن السائقين، حيث وزعت استبانه لقياس الاتجاهات نحو كبار السن على (5009) طبيب من المجتمع الأمريكي. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود اتجاهات إيجابية ليست مرتفعة لدى الأطباء نحو كبار السن، مع وجود اتفاق كبير بينهم على ضرورة الاهتمام بالصحة العامة للمسن، وأهمية تثقيف العاملين منهم في مجال السواقة ليتمكنوا من ممارسة مهاراتهم وأعمالهم اليومية ضمن ظروف صحية مناسبة.

كما أجرى كل من ديفلين، ميلور و ورثنقتون (Devlin, Mellor & Worthington, 1994) دراسة هدفت لمقارنة اتجاهات طلبة كلية طب الأسنان السنة الأولى، الثالثة ، والخامسة في كليتين بريطانيتين نحو كبار السن. وقد استخدم الباحثون مقياس للاتجاهات نحو كبار السن. وبعد تخرج طلبة السنة الخامسة وممارستهم للمهنة لمدة عام، قام الباحثون بقياس اتجاهاتهم نحو كبار السن مرة أخرى باستخدام نفس المقياس السابق، وذلك لاكتشاف أثر الخبرة العملية على الاتجاهات نحو كبار السن. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لوجود اتجاهات أكثر إيجابية لدى طلبة السنة الخامسة بالمقارنة مع اتجاهات طلبة السنة الأولى و الثالثة، كذلك كانت اتجاهات أطباء الأسنان (هم نفس طلبة السنة الخامسة ولكن بعد تخرجهم وممارسة المهنة لمدة عام) أكثر إيجابية من السابق. وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود أثر لمتغير الجنس على الاتجاهات نحو كبار السن.

وتتشابه دراسة شيفلر (Sheffler, 1995) مع دراسة ديفلين السابقة الذكر من حيث البحث عن أثر الخبرة العملية على اتجاهات عينة الدراسة، حيث هدفت دراسته لمقارنة اتجاهات طلبة كلية التمريض نحو كبار السن، وذلك قبل الخبرة الميدانية وبعد الخبرة الميدانية في التعامل مع المسنين، سواء كان ذلك في المستشفيات أو دور التمريض الخاصة بالمسنين، وعلاقة ذلك بمتغير المعرفة المسبقة حول الشيخوخة. وقد استخدم الباحث مقياس كوجان (Kogan, 1961) المشار إليه سابقاً لقياس الاتجاهات نحو كبار السن قبل وبعد الممارسة العملية لطلبة التمريض. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن اتجاهات طلبة كلية التمريض نحو

كبار السن تتحسن مع تقدم السنوات بغض النظر عن الممارسة العيادية، وأن هناك علاقة إيجابية بين المعرفة المسبقة بالشيخوخة والاتجاهات، ويؤكد الباحث هنا إلى ضرورة زيادة الاهتمام أكثر بمنهاج طلبة التمريض فيما يتعلق بقضايا كبار السن.

وقد قامت عكروش (1999) بدراسة حول مشكلات كبار السن في الأردن، وقد كان أحد أهدافها معرفة آراء الناس ونظرتهم لكبار السن في المجتمع الأردني بكل فئاته العمرية وصفاته. وقد استخدمت بعض المتغيرات المستقلة مثل الجنس، المحافظة، العمر، المؤهل العلمي، صلة القرابة بالمسن، جنس المسن. و تكونت عينة الدراسة من (200) شخص من مختلف محافظات المملكة، طبقت عليهم استبانه لقياس الاتجاهات والتصورات نحو كبار السن. وقد توصلت الدراسة إلى أن الأغلبية الساحقة من غير المسنين يشعرون بأن المسنين لا يتمتعون بالحكمة، ويتمسكون بالعادات والتقاليد، ويتمسكون برأيهم لدرجة العناد، وهي تصورات تعبر عن وجود اتجاهات سلبية لدى الأجيال نحو كبار السن.

و هدفت دراسة كل من وليام و بلنك (William & Blunk,1999) لمقارنة الاتجاهات نحو كبار السن لدى (40) طفل ما دون المدرسة (أعمارهم بين 4-5 أعوام)، في كل من السويد وأمريكيا، حيث تم اختيار(20) طفل من السويد من الجنسين و(20) طفل من أمريكا من الجنسين أيضا، مع مراعاة تقارب الأعمار، والوضع الاقتصادي، وأعمار الوالدين لدى أفراد المجموعتين. وقد أستخدم مقياس للاتجاه الاجتماعي لتقييم اتجاهات الأطفال نحو كبار السن، وكانت نتائج الدراسة تشير إلى أن هناك اتجاهات سلبية نحو كبار السن لدى جميع أفراد العينة، وان (70,6%) من استجابات الأطفال كانت سلبية.

قام كيرني وآخرون (Kearney <u>et al.</u>, 2000) بدراسة وصفية هدفت إلى فحص اتجاهات المختصين في مجال الرعاية الصحية للمرضى المصابين بالسرطان نحو كبار السن، وذلك بالتعاون مع مركز متخصص للبحث بالأورام. وقد افترض الباحثون أن هؤلاء المختصين والعاملين في مجال الرعاية الصحية يمكن اعتبارهم الأكثر شعوراً مع المرضى وكبار السن بحكم طبيعة أعمالهم الإنسانية. وقد استخدم الباحثون مقياس كوجان (Kogan, 1961) السابق الذكر لقياس الاتجاهات نحو كبار السن. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لوجود اتجاهات سلبية نحو كبار السن لدى المتخصصين في مجال الرعاية الصحية الخاصة بالأورام، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس أو التعليم أو الخبرة العيادية. وقد أكد الباحثون في هذه الدراسة على أهمية تحسين الاتجاهات نحو المسنين، والتي، كما أشاروا، إلى أن جزء من

الاتجاهات السلبية لدى عينة الدراسة يعود للثقافة السائدة في المجتمع، كذلك لزيادة انتشار مرض السرطان مع التقدم في السن.

كما أجرى جان وبايترمان (Chan & Piterman, 2000) دراسة للتعرف على اتجاهات الشعب الصيني نحو مراكز رعاية المسنين في الصين، والتعرف على العوامل التي تؤثر على هذه الاتجاهات. حيث استخدم مسح لـ (815) شخص تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مجموعة أشخاص يشكلون أعضاء في رابطة تسمى (Chung wah Association). وقد طورت أداة الدراسة بالرجوع للأدب السابق، كما استخدمت طريقة المقابلة، ومجموعة اختبارات تكونت من عبارات جزم ونفي. وقد أشارت النتائج بعدما حللت البيانات إلى أن (86%) من الاستجابات كانت تؤيد أن المسن العاجز (Disabled) يجب أن يلحق بمؤسسة للرعاية بكبار المسن. أما بالنسبة للعوامل المؤثرة على الاتجاهات، فقد أوضحت النتائج أن الوضع الصحي للمسن، و مسؤولية الشخص تجاه المسن عوامل لها تأثير كبير على اتجاهات الشخص نحو المسن. كذلك أشارت (55%) من الاستجابات إلى أن الثقافة الصينية لها تأثير كبير على الاتجاهات، وقد أيد (21%) من المستجيبين أن يلحق المسن غير العاجز أيضاً بمؤسسة لرعاية كبار السن، وغالبية الاستجابات تطالب الحكومة بالتأكيد على رعاية المسنين والاهتمام بهم.

كما أجرى بداينة (في النشر) دراسة هدفت إلى تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني، وبيان اتجاهات طلبة جامعة مؤتة (الأردن) نحو كبار السن. وقد تمت ترجمة وتطبيق مقياس سهود واخرون (Sahud, et al., 1990) على عينة من طلبة الجامعة مكونة من (300) طالب وطالبة. وأشارت النتائج إلى وجود اتجاهات إيجابية و سلبية لدى طلبة الجامعة نحو كبار السن، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو كبار السن تعزى للمهنة، والحالة الاجتماعية. هذا ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس أو المستوى التعليمي، أو وجود كبار سن في الأسرة.

ملاحظات حول الدراسات السابقة

- معظم الدراسات السابقة كانت دراسات أجنبية، طبقت على ثقافات غير عربية، وقد أشارت في مجملها إلى أن معظم الأفراد يحملون اتجاهات سلبية نحو كبار السن.

- دعت معظم الدراسات لضرورة تحسين الاتجاهات نحو المسنين، لا سيما عند العاملين في المجـــال الصحي، أو خدمات الرعاية الاجتماعية أو الصحية للمسنين.

- اقترحت بعض الدراسات طرقاً لتحسين الاتجاهات لدى العاملين على خدمة كبار السن، كان من أهمها وجود برامج تدريبية منظمة ومحكمة تساعد على تغيير الاتجاهات نحو كبار الســن نحــو الأفضــل، بالإضافة إلى التركيز على المناهج التي تشتمل معارف حول الشيخوخة، وكيفيـــة الاســتعداد لـــها، وطرق رعاية المسنين.

- أجمعت معظم الدراسات على أن هناك مجموعة من المتغيرات في حياة الناس لـــها علاقـــة بطبيعـــة اتجاهاتهم نحو المسنين، مثل العمر، وطبيعة المهنة، والتخصص المهني، والخبرة في مجال العمـــل مع المسنين، على أن الثقافة السائدة في المجتمع لها تأثير كبير جداً على طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن.

- تكاد الدراسات العربية التي تناولت موضوع الاتجاهات نحو كبار السن تكون نادرة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي نحو كبار السن. ويتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وأدواتها، كما يتناول إجراءات جمع البيانات وإجراءات تحليلها ومعالجتها إحصائياً.

مجتمع الدراسة وعينتها

مثلت عينة الدراسة نفس مجتمع الدراسة، حيث طبقت هذه الدراسة على جميع أفراد مجتمع الدراسة، والذي يشمل جميع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك القائمين بأعمالهم خلال فترة توزيع الاستبانات (وقد كانت في النصف الأخير من عام 2000). حيث بلغ عدد أفراد مجتمع الدراسة (1200) عاملاً في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك حسب التقرير السنوي لمديرية صحة محافظة الكرك والمستشفيات في المحافظة لعام 1999 (مديرية صحة محافظة الكرك، 1999). وقد تم استثناء الأميين من العينة.

تم توزيع (1200) استبانة تقيس الاتجاهات نحو كبار السن على جميع أفراد مجتمع الدراسة، و تم استرجاع (950) استبانة منها، ثم استبعد منها (39) استبانة لنقص المعلومات الديمغرافية الأساسية فيها، ليكون العدد النهائي (911) استبانة، أي بنسبة (75.9%) وهي نسبة مقبولة لأغراض الدراسة (عودة و ملكاوي، 1992). وهكذا تكون عينة الدراسة مكونة من (911) من العاملين في القطاع الصحي في محافظة الكرك، منهم (307) ذكور و(604) إناث، أي بنسبة (33.7%) ذكوراً و (66.3 %) إناثاً.

كما كان معظم أفراد العينة من الممرضين والممرضات حيث بلغ عددهم (451) ممرض وممرضة، يشكلون نسبة (49.5 %) من عينة الدراسة. أما الأطباء بشكل عام فقد كانوا يشكلون ما نسبته (8.2 %) من حجم العينة. والجدول رقم (1) يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل وطبيعة المهنة والجنس.

جدول رقم (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان العمل وطبيعة المهنة والجنس.

مكان العمل	الأطباء		الممرضون		العاملون في المهن الطبية الفنية المساعدة		العاملون في الأعمال الإدارية		مستخدمون		المجموع
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
مديريات الصحة	1	0	1	22	8	2	17	34	3	2	90
مستشفى	25	0	30	128	24	12	34	26	17	13	309
مركز صحي	39	10	18	252	44	26	35	64	11	13	512
المجموع	65	10	49	402	76	40	86	124	31	28	911

الجدول (2)

توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية والحالة الاجتماعية ووجود فرد كبير سن في الأسرة.

العمر	أعزب		متزوج		المجموع
	وجود مسن في الأسرة		وجود مسن في الأسرة		
	نعم	لا	نعم	لا	
19-29 سنة	85	93	77	90	345
30-39 سنة	60	35	163	155	413
40 سنة أو أكثر	12	0	53	67	132
المجموع	157	128	293	312	890

وقد بلغ متوسط أعمار أفراد العينة (32.2) سنة، بانحراف معياري (6.84) وكانت الأعمار تقع ضمن الفئة (19-59) سنة. وبالنسبة للحالة الاجتماعية كان هناك (285) عامل أعزب من الجنسين، و(605) عاملين متزوجين من الجنسين أيضا. وقد أجاب منهم (450) عاملا بنعم على سؤال هل يوجد لديك كبير سن في أسرتك، مقابل (440) أجابوا بـلا على نفس السؤال، ويبين الجدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية والحالة الاجتماعية ووجود فرد مسن في الأسرة.

ويبين الجدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب أماكن عملهم ومستوى تعليمهم، حيث يظهر من الجدول أن نسبة العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك من حملة شهادة التوجيهي أو أقل من ذلك كانت (51.8 %)، مقابل ما نسبته (3.1 %) ممن يحملون شهادات عليا مثل الدكتوراه والماجستير.

الجدول رقم (3).

توزيع أفراد العينة حسب أماكن عملهم ومستوى التعليم.

مكان العمل	مستوى التعليم					المجموع
	دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	توجيهي	ما دون ذلك	
مديريات الصحة	4	11	35	32	8	90
مستشفى	18	49	129	97	16	309
مركز صحي	7	64	122	274	45	512
المجموع	29	124	286	403	69	911

كذلك يبين الجدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة ومكان العمل. حيث يظهر من الجدول أن خبراتهم كانت تتركز في الفئة (1-5) سنوات وتقل في الفئة (16 – أو أكثر).

جدول رقم (4)

توزيع أفراد العينة حسب الخبرات وأماكن العمل.

فئات الخبرة	مكان العمل						المجموع
	مديريات الصحة		مستشفى		مركز صحي		
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
1-5 سنة	3	17	63	117	46	69	315
6-10 سنوات	2	23	24	35	29	133	246
11-15 سنة	7	12	26	18	29	117	209
16 سنة أو أكثر	18	8	17	9	43	46	141
المجموع	30	60	130	179	147	365	911

أداة الدراسة

للكشف عن الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين في القطاع الصحي الحكومي تم بنـــاء مقيــاس بعنوان "الاتجاهات نحو كبار السن"، وذلك من خلال ما يلي:

أولاً: الاطلاع على المراجع والدراسات التي تناولت قضايا مختلفة ذات علاقة بمرحلة الشيخوخة، وتكيـف المسنين في هذه المرحلة، ونظرة المجتمعات لمرحلة الشيخوخة وكبار السن (ذكرت هذه الدراسات والمراجـع في الفصلين الأول والثاني). حيث تم تكوين تصور واضح حول أهم المعتقدات والمشاعر المختلفة التي يمكـن أن يحملها الأفراد حول مرحلة الشيخوخة، وصياغة بعض العبارات التي تدور حول قضايا الشيخوخة وكبــار السن، ونظرة الناس والمجتمع للمسنين.

ثانيا :الرجوع للأدب السابق المتعلق بالاتجاهات نحو كبار السن، حيث تم اختيار بعض فقــرات مقيــاس الدراسة من مقاييس سابقة تقيس الاتجاهات نحو كبار السن، مثل مقياس ساهود وآخرون (Sahud, et al., 1990) إذ تمت عملية اختيار بعض الفقرات وترجمتها وإعادة صياغتها لتتناسب ثقافياً واجتماعياً مــع بيئــة الدراسة، مراعية في فقرات المقياس أن تصف سلوكاً، أو فعلاً، أو شعوراً، أو عاطفة، أو معتقــداً يمكــن أن يمارسه الشخص تجاه كبير السن. ويتألف مقياس ساهود أصلاً من (200) فقرة، نصفها يقيــس الاتجاهــات الإيجابية، ونصفها الآخر يقيس الاتجاهات السلبية، وقد وضعت له صيغتان، واحدة باللغة الإنجليزية والثانيــة باللغة الإسبانية.

كما وتمت الاستفادة من مقياس كوجان (Kogan, 1961) لقياس الاتجاهات والذي يتألف من (34) فقرة، (17) فقرة منها تقيس الاتجاهات الإيجابية نحو كبار السن و(17) فقرة أخرى تقيس الاتجاهات السلبية نحــو كبار السن، بحيث أن كل فقرة إيجابية تقابلها فقرة سلبية تحمل نفس الفكرة ولكن بصورة عكسية.

ثالثا: تم اتباع طرق وفنيات كتابة مقاييس الاتجاهات في بناء فقرات المقياس ، مــن خــلال الرجــوع والاطلاع على الأدب المنشور والمتعلق بطرق بنــاء المقاييس بشكل عـــام، ومقــاييـــس الاتجاهــات بشكــل خــاص مثـــل (Fink, 1995; Henerson, Morris & Taylor, 1987; Edwards, 1957)، و (الخليلي ومقابلة، 1990 ؛ جلال، 1985 ؛ ابو جابر والبداينة، 1993).

وبهذا خرج المقياس بشكله النهائي مكون من (50) فقرة، نصفها يقيس الاتجاهات الإيجابية ونصفها الأخر يقيس الاتجاهات السلبية، بحيث تكون الاستجابات على هذا المقياس على تدريج من (5) مستويات حسب مقياس ليكرت (Likert Scale) وهي: موافق بشدة (5) درجات، موافق (4) درجات، متردد (3) درجات، غير موافق (2) درجتان، وغير موافق بشدة (1) درجة واحدة، انظر ملحق رقم (1)، حيث أخذت الفقرات الإيجابية الأرقام التسلسلية الفردية للفقرات، في حين أخذت الفقرات السلبية الأرقام التسلسلية الزوجية للفقرات . وتكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب على فقرات المقياس هي (250) درجة بواقع (50 X 5) وأدنى درجة هي (50) بواقع (50 X 1)، بمتوسط افتراضي مقداره (X50 3) درجة.

صدق المقياس Validity

للتاكد من صدق المقياس، تم عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين والمختصين في مجالات علم النفس وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم في قسم علم النفس في جامعة مؤتة وعددهم (12) وفي قسم التربية في جامعة مؤتة أيضا" وعددهم (7) ، وكذلك على الأطباء القائمين بأعمال إدارية في مديرية صحة محافظة الكرك وعددهم (3)، وبعض العاملين في القطاع الصحي الخاص من أطباء وصيادلة من ذوي الخبرات في مجال العمل الصحي وعددهم (5)، و على مدير معهد الإدارة العليا في عمان، وعلى أحد المختصين في مجال النحو والصرف في اللغة العربية للتأكد من سلامة اللغة. حيث طلب منهم إبداء رأيهم في فقرات المقياس من حيث:

1. الصياغة اللغوية : الوضوح، الحاجة للتعديل.
2. وضوح المعنى.
3. مدى مناسبة الفقرة في التعبير عن الاتجاه السلبي أو الإيجابي الذي ستقيسه.
4. إبداء أية معلومات أو تعديلات يرونها مناسبة.
5. أية اقتراحات أخرى.

وبناء على اقتراحات لجنة المحكمين وآرائهم تمت إعادة صياغة بعض الفقرات لغويا، وحذف بعضها، واستبدالها بأخرى. كذلك عدلت صياغة بعض الفقرات التي تقل درجة اتفاق المحكمين عليها عن 80% ، حيث أضيفت كلمات مثل (معظم، أعتقد، يميل) إلى بعض الفقرات لتصبح أكثر قدرة على أن تقيس

اتجاه. ثم تم تحكيم الفقرات الجديدة مرة أخرى، ونوقشت مدى مناسبة الفقرات ووضوحها مع مدير مديرية الصحة وبعض العاملين هناك، وكانت معظم الآراء تدور حول ابدال كلمات يعتقد أن بعض العاملين لن يفهموا معناها بكلمات أوضح ذات نفس المعنى، ليتم الخروج بالشكل النهائي للمقياس والمكون من (50) فقرة تقيس الاتجاهات نحو كبار السن، نصفها يقيس الاتجاهات السلبية، والنصف الآخر يقيس الاتجاهات الإيجابية، خصص الجزء الأول للتعريف بالأداة الدراسة وكيفية الإجابة عليها (ملحق رقم 1).

ثبات المقياس

لتقدير ثبات المقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية عددها (40) شخصاً من العاملين في القطاع الصحي الخاص، من خارج مجتمع الدراسة. ثم استخدم معامل كرونباخ- ألفا (σ) وقد بلغ معامل الثبات للاتساق الداخلي عن طريق معادلة كرونباخ الفا للمقياس (0.82). وهي مقبولة لغايات الدراسة (Cronbach, 1951).

الإجراءات

تم الحصول على موافقة مديرية الصحة في محافظة الكرك للقيام بإجراء الدراسة على مجتمع القطاع الصحي في المحافظة المذكورة، بعد إجراء المخاطبات الرسمية من أجل تسهيل المهمة (ملحق رقم (2) و (3)). وتمت عملية توزيع الاستبانات على أفراد عينة الدراسة عن طريق زيارة مواقع العمل من مراكز صحية ومستشفيات ومواقع إدارية مختلفة في مختلف مناطق المحافظة كما يظهر في الملحق رقم (4)، حيث جرى توزيع الاستبانات على جميع العاملين القائمين بأعمالهم في الموقع المُزار، والانتظار لحين انتهائهم من الاستجابة على الاستبانة لاسترجاعها مباشرة، وأحياناً أجلت عملية جمع الاستبانات تحت ظروف فرضتها أوضاع العمل في الموقع.

إجراءات التحليل

تم استخدام الرزمة الإحصائية في العلوم الإنسانية (SPSS, V.9) في تحليل البيانات، و تم استخدام الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة على سؤال الدراسة الأول، وتحليل التباين الأحادي

(ANOVA) للإجابة على بقية الأسئلة الأخرى، و لم تؤخذ في التحليل أي من تفاعلات المتغيرات الديمغرافية معاً، وذلك لأسباب إحصائية منها وجود خلايا فارغة في كثير من الحالات. وقد أعتبر اتجاه الفرد إيجابياً إذا كان مجموع درجاته على فقرات المقياس أكبر من الوسط الإفتراضي وهو (150) وسلبي إذا كان أقل من (150).

وبغية الكشف عن الفقرات المميزة، فقد رتبت الدرجات التي حصل عليها العاملون تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى. وتم اختيار نسبة (27%) من الاستبانات الحاصلة على الدرجات العليا، ونسبة (27%) من الاستبانات الحاصلة على الدرجات الدنيا. وذلك أن هاتين المجموعتين تكونان بأقصى ما يمكن من الحجم والتمايز (Stanley, Hopkins, 1972, P. 268).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، والتي كان الهدف منها التعرف على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن.

بلغ متوسط استجابات أفراد العينة على أداة قياس الاتجاهات (156) بانحراف معياري (16.9). ويبين الجدول رقم (5) توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية للدراسة.

وقد استخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابة على سؤال الدراسة الأول، ثم استخدم تحليل التباين الأحادي للإجابة على جميع أسئلة الدراسة الأخرى. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة.

عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة مبوبة حسب أسئلتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول.

للإجابة على سؤال الدراسة الأول والذي ينص على " ما هي طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن؟ "، تم حساب مجموع درجات كل عامل على فقرات المقياس، ثم حسب الوسط الحسابي لمجاميع درجات كل العاملين، حيث كان مقدار الوسط الحسابي (156)، وقد اعتبرت الاتجاهات إيجابية بشكل عام إذا كانت أكبر من الوسط المعياري وهو (150) وسلبية بشكل علم إذا قلت عن الوسط الإفتراضي (150). وبهذا تكون اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك إيجابية بشكل عام ولكنها تميل لئن تكون ضعيفة.

جدول رقم (5)

توزيع الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على أداة القياس لكل متغير ديمغرافي.

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الجنس	ذكر	158.9	(17.4)
	أنثى	154.4	(16.5)
العمر	19-29 سنة	156.4	(17.4)
	29-39 سنة	154.7	(16.5)
	40- أو أكثر	158.9	(17.2)
مستوى التعليم	دراسات عليا	159.5	(14.8)
	بكالوريس	154.2	(18.4)
	دبلوم	156.9	(17.7)
	توجيهي	155.5	(16.1)
	أقل من توجيهي	156.6	(16.9)
مكان العمل	مديريات الصحة	158.4	(19.3)
	مستشفى	156.2	(16.4)
	مركز صحي	155.4	(16.8)
المهنة	طبيب	154.6	(18.7)
	ممرض	154.0	(16.2)
	عاملاً في المهن الطبية المساعدة	160.1	(17.7)
	إداري	158.6	(17.3)
	مستخدم	155.3	(15.1)
الخبرة	1-4 سنة	156.5	(17.1)
	5-10 سنوات	154.8	(17.8)
	11-15 سنة	155.7	(16.4)
	16- أوأكثر	159.2	(18.1)
الحالة الاجتماعية	غير متزوج	154.6	(17.6)
	متزوج	156.7	(16.7)
وجود مسن في الأسرة	نعم	156.6	(17.3)
	لا	155.3	(16.9)
المتوسط العام		156.0	(16.9)

ثانياً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني.

كان سؤال الدراسة الثاني، ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للجنس؟ ". ويبين الجدول رقم (6) نتائج فحص الفروق في متغير الجنس على الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين في القطاع الصحي.

جدول رقم (6)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير الجنس في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	4228.889	1	4228.889	14.923	0.000
داخل المجموعات	257589.188	909	283.376		
المجموع	261818.077	910			

أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للجنس[$F1,910=14.9, P=0.000$] . وقد كانت اتجاهات العاملين الذكور أكثر إيجابية من العاملات الإناث، حيث بلغ متوسط أداء الذكور على أداة قياس الاتجاهات (159) مقابل متوسط (154) لأداء الإناث على نفس أداة القياس.

ثالثا: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث.

للإجابة على سؤال الدراسة الثالث والذي ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للعمر؟ "، قسم العمر إلى ثلاث فئات، الفئة الأولى (19-29) والثانية (30-39) و الثالثة (40 سنة- أو أكثر). ويبين الجدول رقم (7) نتائج فحص أثر متغير العمر في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن.

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للعمر[$F2,910=3.37, P=0.035$]. وللكشف عن مصادر الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار شافيه (Scheffe) للمقارنات البعدية، و الجدول رقم (8) يبين نتائج الاختبار.

جدول رقم (7)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير العمر في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	1928.677	2	964.339	3.369	0.035
داخل المجموعات	259889.400	908	286.222		
المجموع	261818.077	910			

جدول رقم (8)

نتائج الاختبار البعدي لبيان الفروق بين الفئات العمرية الثلاثة.

الفئات العمرية	19-29 سنة	30-39 سنة	40 سنة- أو أكثر
19-29 سنة	-	1.6859	2.5225 -
30-39 سنة	1.6859 -	-	* 4.2084 -
40 سنة – أو أكثر	2.5225	* 4.2084	-

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$).

يتبين من نتائج الاختبار البعدي أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات أداء العاملين ذوي الفئة العمرية (30-39) و (40- أو أكثر) وذلك لصالح العاملين ذوي الأعمار التي تقع ضمن الفئة العمرية (40 سنة- أو أكثر).

رابعاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع.

أما سؤال الدراسة الرابع فكان ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للمستوى التعليمي؟ ". وقد حدد المستوى التعليمي بخمسة خيارات هي دراسات عليا (وتشمل الدكتوراه، الماجستير، الدبلوم العالي)، ثم البكالوريس، الدبلوم، التوجيهي، و أقل من التوجيهي. ويبين الجدول رقم (9) نتائج فحص أثر متغير المستوى التعليمي على اتجاهات عينة الدراسة نحو كبار السن.

جدول رقم (9)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير مستوى التعليم في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	1150.441	4	287.610	1.000	0.407
داخل المجموعات	260667.636	906	287.713		
المجموع	261818.077	910			

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمستوى التعليم [$F_{4,910}=1.000$, $P=0.407$]. مما يدل على عدم وجود أثر للتعليم عل طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن عند عينة الدراسة.

خامسا: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس.

ينص سؤال الدراسة الخامس على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى لمكان العمل؟ ". وقد صنف مكان العمل إلى ثلاثة مواقع رئيسة لأغراض الدراسة، وهي (مديريات الصحة)، (مستشفى) و (مركز صحي). ويبين الجدول رقم (10) نتائج فحص الفروق في الاتجاهات نحو كبار السن لدى عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل.

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمكان العمل[$F_{2,910}=1.237$, $P=0.291$] . مما يدل على أن موقع العمل ليس له تأثير معنوي على طبيعة اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي نحو كبار السن.

جدول رقم (10)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير مكان العمل في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	711.690	2	355.845	1.237	0.291
داخل المجموعات	261106.387	908	287.562		
المجموع	261818.077	910			

سادسا : النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السادس.

ينص سؤال الدراسة السادس على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للمهنة ؟". و صنفت المهنة إلى طبيب، ممرض، عاملا في المهن الفنية الطبية المساعدة، إداري، مستخدم (انظر التعريفات الإجرائية). والجدول رقم (11) يبين نتائج تحليل الفروق في الاتجاهات نحو كبار السن لدى عينة الدراسة حسب متغير المهنة.

جدول رقم (11)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير المهنة في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	5297.319	4	1324.330	4.677	0.001
داخل المجموعات	256520.758	906	283.135		
المجموع	261818.077	910			

لقد أشارت نتائج تحليل التباين الأحادي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للمهنة [$F_{4,910}$=4.677, P=0.001]. وللكشف عن مصادر الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار شافيه (Scheffe) للمقارنات البعدية، و الجدول رقم (12) يبين نتائج الاختبار.

جدول رقم (12)

نتائج الاختبار البعدي لبيان الفروق بين المجموعات المهنية المختلفة.

المهنة	طبيب	ممرض	عامل في المهن الطبية المساعدة	إداري	مستخدم
طبيب	-	0.6356	-5.4548	-3.9314	-0.6481
ممرض	-0.6356	-	*6.0904-	-4.5670*	1.2537-
عامل في المهن الطبية المساعدة	5.4548	*6.0904	-	1.5234	4.8067
إداري	3.9314	*4.5670	1.5234-	-	3.2833
مستخدم	0.6481	1.2837	4.8067-	3.2833-	-

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$).

تبين نتائج الاختبار البعدي أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) بين متوسطات أداء الممرضين والعاملين في المهن الطبية الفنية المساعدة على أداة قياس الاتجاهات نحو كبار السن، وذلك لصالح العاملين في المهن الطبية الفنية المساعدة، كذلك هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) بين متوسطات أداء الممرضين والإداريين على أداة قياس الاتجاهات نحو كبار السن، وذلك لصالح العاملين القائمين بالأعمال الإدارية.

سابعاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السابع.

أما بالنسبة لسؤال الدراسة السابع فقد كان ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للخبرة ". قسمت الخبرة إلى أربع فئات، الفئة الأولى (1-5 سنوات) والثانية (6-10 سنوات) و الثالثة (11-15 سنة) والرابعة (16- أو أكثر). ويشير الجدول رقم (13) إلى نتائج تحليل أثر متغير الخبرة على اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحز كبار السن.

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للخبرة [$F_{3,910}=2.086, P=0.100$].

جدول رقم (13)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير الخبرة في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	1873.287	3	624.429	2.086	0.100
داخل المجموعات	271455.222	907	299.289		
المجموع	273328.509	910			

ثامنا : النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثامن.

للإجابة على سؤال الدراسة الثامن والذي ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى للحالة الاجتماعية ؟". صنفت الحالة الاجتماعية إلى غير متزوج و متزوج. و يظهر في الجدول رقم (14) نتائج فحص أثر متغير الحالة الاجتماعية على اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن.

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للحالة الاجتماعية[$F_{1,889}=3.054, P=0.081$]. أي ليس هناك أثر معنوي على الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين يعزى للحالة الاجتماعية.

جدول رقم (14)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير الحالة الاجتماعية في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	883.537	1	883.537	3.054	0.081
داخل المجموعات	256920	888	289.234		
المجموع	257803.622	889			

تاسعا: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة التاسع.

للإجابة على سؤال الدراسة التاسع، والذي ينص على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن تعزى لوجود مسن في الأسرة؟". صُنفت الاستجابات على هذا السؤال إلى مستويين (نعم) و (لا). ثم أجري تحليل للكشف عن وجود أثر لمتغير وجود مسن في الأسرة على اتجاهات أفراد العينة نحو كبار السن. ويبين الجدول رقم (15) نتائج هذا التحليل.

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى للحالة الاجتماعية[F1,910=1.446, P=0.229]. أي ليس هناك أثر معنوي على الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين يعزى لوجود فرد مسن في الأسرة.

جدول رقم (15)

نتائج تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغير وجود فرد مسن في الأسرة في الاتجاهات نحو كبار السن.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الفا
بين المجموعات	415.933	1	415.933	1.446	0.229
داخل المجموعات	261402.143	909	287.571		
المجموع	261818.077	910			

ومن أجل الكشف عن الفقرات المميزة، فقد تم ترتيب الدرجات التي حصل عليها العاملون تنازليا من الأعلى إلى الأدنى. وتم اختيار نسبة (27%) من الاستبانات الحاصلة على الدرجات العليا، ونسبة (27%) من الاستبانات الحاصلة على الدرجات الدنيا. وذلك أن هاتين المجموعتين تكونان بأقصى من ما يمكن من الحجم والتمايز (Stanley & Hopkins 1972, P. 268 ; Henerson, et al., 1987).

فقد اختيرت (492) استبانة للتحليل، حيث أن نسبة (27%) تعني (246) من كل مجموعة، ويذكر (Oppenheim) أن هذا العدد يعتبر كافياً لكافة الأغراض في المقاييس التي تبنى وفق طريقة ليكرت (Likert) (Oppenhiem, 1978).

وقد بلغت حدود الدرجة للمجموعة العليا (166-230) بمدى مقداره (64) ، وحدود الدرجة الدنيا (97-145) بمدى مقداره (48). ثم حسب الوسط الحسابي لأداء العاملين الذين أختيرت استباناتهم بهذه الطريقة، فكان الوسط الحسابي (157) والانحراف المعياري (22.44) مما يدعم النتائج السابقة، حيث بدت الاتجاهات إيجابية ولكنها ضعيفة أيضا.

ولبيان أثر المتغيرات الديمغرافية على الاتجاهات، استخدم أيضا تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث أشارت نتائج هذا التحليل إلى كل من:

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير الجنس [F1,491= 13.0, P=0.000] ، وقد كانت الفروق لصالح الذكور، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأداء الذكور على المقياس (161) مقابل (154) للإناث.

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير العمر [F2,491= 3.6, P=0.029] ، ثم استخدم اختبار شافية للكشف عن مصدر الفروق بين المجموعات، حيث تبين من نتائج الاختبار، أن هناك فروقا داله إحصائيا بين متوسطات أداء العاملين الذين أعمارهم ضمن الفئة (29-39) و الذين أعمارهم ضمن الفئة (40- فما فوق)، وقد كانت الفروق لصالح الفئة العمرية الأخيرة.

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير التعليم [F4,491= 0.85, P=0.49].

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير مكان العمل [F2,491= 0.91, P=0.40].

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير المهنة [$F_{4,491}= 4.24, P=0.002$] ، ثم استخدم اختبار شافية للكشف عن مصدر الفروق بين المجموعات، حيث تبين من نتائج الاختبار، أن هناك فروقا داله إحصائيا بين متوسطات أداء الممرضين والعاملين في المهن الطبية المساعدة من جهة، وكانت الفروق لصالح العاملين في المهن الطبية المساعدة. وبين الممرضين والإداريين من جهة أخرى، وكانت لصالح الإداريين.

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير الخبرة [$F_{3,491}= 2.23, P=0.084$].

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية [$F_{1,478}= 1.35, P=0.25$].

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$) في اتجاهات العاملين نحو كبار السن تعزى لمتغير وجود مسن في الأسرة [$F_{1,491}= 2.5, P=0.114$].

نلاحظ عدم وجود اختلاف أو فروق في نتائج التحليل عن التحليل الأول الذي تناول جميع استجابات أفراد عينة الدراسة، مما يدلل على صدق التحليل، وأن النتائج لم تأتي من وراء الصدفة، إذ لم تختلف طبيعة اتجاهات الأفراد الذين وصفت اتجاهاتهم على أنها محددة المعالم (إيجابية، سلبية) بشكل عام، عن طبيعة اتجاهات أفراد العينة الذين كانت معظم اتجاهاتهم تقترب من الوسط.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتوصيات المنبثقة عنها. لقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن لدى العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك. وقد أسفرت الدراسة عن نتائج عديدة، وتسهيلاً لعرضها ستتم مناقشة نتائج كل سؤال من أسئلة الدراسة على حدة.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول.

أشارت النتائج إلى أن اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن كانت إيجابية ولكنها ضعيفة. وهذه النتيجة قد تكون متوقعة في مجتمع عربي، حيث ما تزال أوضاع كبار السن في المجتمعات العربية مطمئنة إلى حد ما، فهم يتلقون الاحترام والرعاية من الأسرة والمجتمع، بما يكفل لهم الحياة الكريمة (فهمي، 1995). وفي المجتمع الأردني تشكل العادات والتقاليد السائدة دافعاً أخلاقياً مهماً لاحترام كبار السن، ومساعدتهم (عكروش، 1999). كما أن الدين الإسلامي، والذي يعتنقه أكثرية الشعب الأردني، حث على احترام المسنين ورعايتهم وتقديم العون لهم. كل هذه العوامل أثرت على طبيعة اتجاهات العاملين نحو كبار السن، فجعلتها إيجابية بشكل عام.

ولعل الناظر في دراسات الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمعات الغربية، يلاحظ أن معظمها كانت اتجاهات سلبية. حيث تشكلت هذه الاتجاهات وتأثرت بطبيعة الثقافة الغربية السائدة، وعادات المجتمع وتقاليده، ولسيطرة الفلسفة المادية والبرجماتية على هذه المجتمعات، وما تعيشه من فراغ روحي ناتج عن ضعف العقيدة و الفراغ الديني. وفي هذا المجال تشير العمران (1992) إلى أن نظرة واتجاهات المجتمع الأمريكي نحو الاختلاط بأفراد مسنين سلبية، حيث يفضل الناس الاجتماع مع من يتوقع منهم الحصول على منفعة في المستقبل، وبما أن أغلب المسنين لا يقعون ضمن هذه الفئة المثمرة، نجد أن الناس يبتعدون عن مشاركتهم في الحياة الاجتماعية.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة أخرى أجراها منصور(1987) على المجتمع الكويتي، حيث كانت اتجاهات عينة الدراسة نحو المسنين في الكويت إيجابية أيضاً.

وقد أشارت بعض الدراسات السابقة (Depaola, et al., 1992 ; Kahana, et al., 1996 ; Bowling, Formby, 1991) إلى أن العاملين في القطاع الصحي تميل اتجاهاتهم نحو كبار السن في الغالب لئن تكون أقل إيجابية، أو سلبية، إذا ما قورنت مع اتجاهات العاملين في القطاعات الأخرى نحو كبار السن.

كذلك يمكن أن نعزو ضعف الاتجاهات الإيجابية، للتداخل الثقافي، وتأثر الثقافة العربية بالثقافات الأجنبية بشكل سلبي، وذلك من خلال وسائل الاتصال المختلفة، مما يدعو للعمل على المحافظة على الاتجاهات الإيجابية وتقويتها، حتى لا تنحدر نحو الاتجاه السلبي (العمران، 1992).

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني.

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت اتجاهات الذكور اكثر إيجابية من اتجاهات الإناث نحو كبار السن. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة بعض الدراسات (Deary et al., 1993 ; Michele, 1996).

ويمكن تفسير هذه النتيجة، أو على الأقل في جزء منها، من خلال النظر للأدوار الاجتماعية التي يلعبها الرجل والمرأة، والتي قد تلعب دوراً في التأثير إلى حد ما في طبيعة اتجاهاتهم نحو كبار السن، حيث تقوم المرأة العاملة بدورين في حياتها اليومية، أحدهما خلال عملها خارج المنزل، والآخر بعد العودة من العمل إلى المنزل، والانشغال بمطالب الأسرة والأطفال، فالمرأة بحاجة لوقت وجهد أكبر لأداء عملها خارج المنزل وداخله، مقابل الرجل الذي يخلد إلى الراحة بعد العودة من العمل خارج المنزل في معظم الأحيان، وهذا التفسير يتفق مع ما قدمه أسعد(1977). وحسب ما ذكر،فلا بد أن تتأثر اتجاهات المرأة نحو المسنين لا سيما إذا كان في منزلها مسن مريض، أو ربما سيقع على عاتقها رعاية مسن لا يسكن معها في نفس المنزل، مثل أمها المسنة، أو والد زوجها في منزل قريب، حيث ستساعد مثل هذه الظروف على أن تميل الاتجاهات نحو الأقل إيجابية نحو كبار السن في معظم الأحيان.

وهناك قضية أخرى يجدر الإشارة إليها، ألا وهي أن الثقافة الإسلامية والعادات والتقاليد العربية تجعل عادة المسؤولية الأكبر على عاتق الرجل في إيواء المسن، وتوفير العلاج له ونحو ذلك، مما يدفعه إلى الالتزام بهذه المسؤولية وبالتالي لا بد له من إظهار اتجاهات أكثر إيجابية.

وهناك تفسير آخر يعود لطبيعة المهنة، وذلك بأن طبيعة المهنة التي يقوم بها العامل في القطاع الصحي لها تأثير على طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن، كما هو مشار إليه في الفصل الرابع، حيث تبين أن اتجاهات العاملين في مهنة التمريض نحو كبار السن كانت الأكثر ميلاً نحو السلبية من بين اتجاهات العاملين في المهن الصحية الأخرى. وإذا علمنا أن (66.3 %) من أفراد العينة كن إناثا، نسبة الممرضات منهن كانت (44 %)، أي أن ثلثي الإناث العاملات في القطاع الصحي هن ممرضات، وحسب ما أشارت له نتائج الدراسة، كانت اتجاهات الممرضين هي الأقل إيجابية بين جميع المهن الأخرى، فلا عجب أن تكون اتجاهات الإناث أقل إيجابية من الذكور. ولتفسير طبيعة اتجاهات الممرضين، أنظر مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السادس.

ثالثا: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث.

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى لمتغير العمر، حيث تبين أن الفئة العمرية الأكبر وهي (40 سنة- أو أكثر) كانت اتجاهاتها نحو كبار السن أكثر إيجابية من الفئات العمرية الأصغر وهي الفئتين (19-29 سنة) و (30-39 سنة)، وهي الفئة الأقرب لسن الشيخوخة.

ويمكن تفسير ذلك باختلاف نظرة الأجيال للشيخوخة، حيث تبدو نظرة الأشخاص الأصغر سناً أقل إيجابية نحو كبار السن، وهذا ما اتفقت عليه نتائج الدراسات (Deary, et al., 1993 ; Michele, 1996 ; William, Blunck, 1999 ; منصور، 1987). إذ تبدو صورة كبار السن غير سارة في نظر من هم أصغر سناً، وتميل اتجاهاتهم للسلبية نحو كبار السن وأدوارهم الاجتماعية، ويلاحظ بعض الباحثين أن الشباب والراشدين الذين يبدون مثل هذه الاتجاهات السلبية نحو المسنين، يميلون إلى إغفال أي اعتبار لتقدمهم في

العمر فيما بعد، وربما يتمنون الموت قبل وصولهم لمرحلة الشيخوخة (Hickey, Kalish, 1968 ; منصـــور، 1987).

وعندما يتقدم الإنسان في العمر يبدأ بالتكيف مع الظروف المستجدة، رغم الصعوبات التي تواجهه أثنـــاء عملية التكيف، لذلك تبدو اتجاهات العاملين الأكبر سناً تتجه نحو الإيجابية أكثر من اتجاهات العاملين الأصغـر سنا، و الأكبر سنا هم الأكثر خبرة في الغالب، وأقرب للدخول لمرحلة الشيخوخة. وتؤكد دراســـة (منصـور، 1987) هذا التفسير، حيث دلت نتائج دراسته على وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات أفراد العينـة نحـو كبار السن تعزى لمتغير العمر، وقد كانت النتائج تشير إلى أن الأشخاص في مرحلة الرشد الأوســط والتـي كان متوسط العمر فيها(53) سنة، اتجاهاتهم هي الأكثر إيجابية نحو كبار السن، و في دراستنا هذه كانت أيضاً اتجاهات العاملين ضمن الفئة العمرية(40- أو أكثر) والتي كان متوسط العمر فيها (45) سنة نحو كبار الســن هي الأكثر إيجابية.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحــو كبـار السن تعزى للمستوى التعليمي، حيث لم يكن هناك أثر لمستوى تعليم العامل على طبيعة اتجاهه نحـــو كبـار السن، فقد بدت اتجاهات العاملين من حملة الشهادات العليا، البكالوريس، الدبلوم، الثانوية العامة، وما هو أقل من شهادة الثانوية العامة، كلهم كانت اتجاهاتهم متماثلة، ولم تصل الفروق بينها إلى حد الدلالة الإحصائية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، من خلال النظر في المناهج التي درسها العاملون أثناء إعدادهم للمهنة ســواء في الجامعات، أو الكليات أو مدارس تدريب مساعدات التمريض، حيث لم تركــز هــذه المنــاهج والمســاقات المطروحة على مواضيع ذات علاقة مباشرة بالشيخوخة. مما يدعونا للقول أن افتقار معظم العاملين لمعــارف حول الشيخوخة، وعدم شيوع المعرفة بقضايا الشيخوخة بينهم، جعل المستوى التعليمي المتباين بينهم ليــس ذو أثر على الاتجاهات بشكل عام، وقد أكد هذا التفسير بعض المد راء والمختصين في مديريات الصحة. كمـا وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Bebbington, 1991) من حيث عدم وجود أثر لمتغير مستوى التعليــم على طبيعة الاتجاهات نحو كبار السن.

خامسا: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى لمكان العمل، فلم تختلف اتجاهات العاملين في المديريات، أو العاملين في المستشفيات أو العاملين في المراكز الصحية. فقد اتبعت اتجاهاتهم النسق العام للاتجاهات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، من خلال التعرف على ماهية الأعمال ذات العلاقة بكبار السن في مواقع العمل المختلفة. ويبدو للمتفحص في هذا الموضوع بأنه لا توجد خبرات مختلفة حسب موقع العمل لها علاقة بالتعامل مع كبار السن والتي قد يكتسبها العامل، بحيث تؤثر على المدى البعيد في اتجاهات العاملين نحو كبار السن، فيعامل المسن المراجع للمركز الصحي، بنفس الطريقة فيما لو كان مراجعاً في المستشفى. كما ولا توجد أجنحة خاصة في المستشفيات لرعاية المرضى كبار السن، ويعامل المريض المسن كما يعامل أي مريض آخر في أي موقع عمل . لأجل ذلك لم يترك موقع العمل أثراً على طبيعة اتجاهات العاملين بشكل عام نحو كبار السن.

وتأكد دراسة (Bowling & Formby, 1991) التفسير السابق، حيث تبين من نتائج الدراسة أن اتجاهات العاملين في دور الرعاية الصحية الخاصة بكبار السن نحو المسنين كانت أكثر إيجابية من اتجاهات العاملين في المستشفيات نحو كبار السن. مما يؤكد اختلاف الخدمات المقدمة للمسنين في الموقعين السابقين، حيث بدت الفروق واضحة في الاتجاهات نحو كبار السن، خاصة أن الخدمة المقدمة للمسن في دور الرعاية الصحية للمسنين هي خدمة خاصة للمسن وليست لجميع المرضى على اختلاف أعمارهم.

ومن الدراسات الأخرى التي تؤيد هذا التفسير، دراسة (Hope,1994)، حيث أشارت إلى عدم وجود أثر في اتجاهات العاملين في الخدمات الصحية نحو كبار السن تعزى لمكان العمل ،الذي لا يوجد فيه خدمات خاصة للمسنين.

سادسا: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السادس.

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى للمهنة. حيث كانت هناك اتجاهات العاملين في المهن الفنية الطبية المساعدة نحو كبار السن أكثر

إيجابية من اتجاهات الممرضين نحو كبار السن. وكذلك كانت اتجاهات الإداريين نحو المسنين أكثر إيجابية من اتجاهات الممرضين نحو كبار السن.

ويمكن تفسير ذلك من خلال ما أشارت إليه دراسات (Depaola, et al., 1992 ; Kahana, et at., 1996 ; Bowling, Formby, 1991) ، إلى أن العاملين في القطاع الصحي بشكل عام هم الأكثر اتصالاً مع المسنين مقارنة مع العاملين في القطاعات الأخرى، وأكثر اطلاعا على أوضاعهم الصحية المتدهورة، وبشكل خاص تبدو اتجاهات العاملين الأكثر تعاملاً مع المسنين واتصالاً بهم وبمشاكلهم أقل إيجابية نحو المسنين من العاملين في المهن التي يقل أو ينعدم فيها الاتصال مع المسنين وتذكر الموت.

و العاملين في المهن الفنية الطبية المساعدة ومن أمثلة هذه المهن كما سبق ذكره- أعمال الصيدلة، التخدير، التصوير- يقومون بأعمال لا تتصل مباشرة مع كبار السن، ولا يحتاجون لجهد ووقت طويلين للتعامل مع المسنين، بينما نجد الممرضين أكثر اتصالاً وتعاملاً مع المرضى المسنين. كذلك الأمر بالنسبة للإداريين الذين قد لا يتعامل بعضهم نهائياً مع كبار السن أثناء عمله فلا غرابة أن بدت اتجاهاتهم أكثر إيجابية من اتجاهات الممرضين نحو كبار السن.

أما عن ميل اتجاهات الممرضين نحو كبار السن نحو الأقل إيجابية، فيمكن أن نعزى جزءاً من السبب للجنس، وكما سبق ذكره، من أن ثلثي عدد الممرضين كان من الإناث.

سابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة السابع.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى للخبرة. أي لم تترك الخبرة أثراً مهما طالت مدتها أو قصرت على طبيعة اتجاهات العاملين نحو كبار السن، فلم تختلف اتجاهات العاملين ذوي الخبرات القصيرة (1-5 سنوات) أو المتوسطة (6-10 سنوات) و (11-15 سنة) أو ذوي الخبرات الطويلة الممتدة من (16 سنة - أو أكثر). تتفق نتيجة هذا السؤال مع نتيجة دراسة (Bebbington, 1991) من حيث عدم وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن تعزى للخبرة.

ويمكن تفسير ذلك، بأن العاملون في القطاع الصحي يقضون سنوات عملهم بأعمال لـــها علاقـــة بتقديـــم خدمات صحية للمرضى، بما فيهم المسنين دون مراعاة لأوضاع كبار السن بشكل خاص، فلا تزداد مع مـــرور السنوات خبراتهم المتعلقة بطرق التعامل مع المسنين، أو خبراتهم في رعاية هؤلاء الأشخاص صحياً ونفسياً. كذلك أشارت الكثير من الدراسات السابقة إلى أن الخبرة تكون مؤثرة في الاتجاهات نحو كبار الســـن مـــا إذا اقترنت بتطور في خبرات العامل من حيث أشكال التعامل مع المسن المريض، أو رعايته الصحيـــة والنفسـية بأشكالها المختلفة، ففي الدراسة التي أجراها شيفلر (Sheffler, 1995) لبحث أثر الخبرة على اتجاهات عينـــة من طلبة كلية التمريض قبل وبعد الخبرة الميدانية، وعلاقة ذلك بمتغير المعرفة بالشيخوخة، و قد لاحظ مـــن خلال نتائج دراسته أن هناك أثراً لتفاعل الخبرة مع المعرفة بالشيخوخة، وليس للخبرة وحدها. أمـــا بالنسـبة لعينة هذه الدراسة فقد لوحظ افتقار معظم العاملين للثقافة المتعلقة بقضايا الشيخوخة، كما أشرت لذلك ســابقاً، مما يجعل الخبرات الطويلة والقصيرة سيان، وغير مؤثرة على طبيعة الاتجاهات مع مرور السنوات.

كذلك يفتقر معظم العاملون في القطاع الصحي للدورات التدريبية المتعلقة برعاية كبـــار الســـن، وقضايـــا الشيخوخة المختلفة، مما لا يساعد العاملين على اكتساب خبرات ذات علاقة برعاية المســـنين. لذلـــك بـــدت الخبرات الطويلة والقصيرة متماثلة، لم تؤثر على طبيعة اتجاهات العاملين نحو كبار السن.

ثامناً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثامن.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحـــو كبـــار السن تعزى للحالة الاجتماعية. لم تتأثر الاتجاهات لدى العاملين بحالتهم الاجتماعية، فلـــم تختلـــف اتجاهـــات المتزوجين منهم عن اتجاهات غير المتزوجين نحو كبار السن.

يمكن تفسير هذه النتيجة، من خلال أن معظم العاملين بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية يسكنون محافظة الكرك، حيث يشتركون في نفس الثقافة، وتحكمهم نفس العادات والتقاليد، لا سيما في مجتمع ما تزال الأعراف الاجتماعية تتحكم به، وما زال المسن فيه يحتفظ بقدره، واحترامه من قبل المجتمع إذا ما قورن بالمسنين فـــي المجتمعات الغربية. كل هذه العوامل لم تسمح بوجود أثر للحالة الاجتماعية علـــى طبيعـــة الاتجاهـــات نحـــو المسنين، وان بدت اتجاهات المتزوجين أكثر إيجابية نحو المسنين ولكنها ليست ذات دلالة إحصائيـــة، حيـــث تتشابه نظرة جميع العاملين للمسنين الذين يتعاملون معهم أو يعيشون معهم، وهي اتجاهات اكتســـبوها مـــن

الثقافة، وأصبح من الصعب، في مثل هذه الظروف المسيطرة نسبياً، أن تتغير اتجاهات الأفراد بعد الـزواج، لا سيما أنهم ما يزالون يعيشون في نفس المجتمع. حيث أن جميع الأشخاص ضمن هذه الثقافة يحترمون كبـار السن، سواء كان الوالد، الجد، العم، أو الجار (البداينة، في النشر ؛ منصور، 1987). ومما يؤكد هذا التفسير، ما سيقدم لاحقاً في مناقشة نتائج السؤال التاسع.

تاسعا: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة التاسع.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحـو كبـار السن تعزى لوجود فرد(أفراد) مسن (مسنين) في الأسرة. حيث لم تختلف اتجاهات العاملين الذين لديهم مسن في الأسرة عن اتجاهات العاملين الذين ليس لديهم مسن في الأسرة.

لقد أجاب أكثر من (50%) من أفراد العينة بأن لديهم كبار سن في أسرهم، وفي مجتمع عربـي تسـوده العادات والتقاليد، وتشكل دافعا أخلاقيا قويا لاحترام و مساعدة كبار السن فيه، لن يكون هناك أثـراً لوجـود مسن في الأسرة على اتجاهات الأشخاص الذين يعيشون مع هذا المسن. و قد أكدت دراسـة البداينـة (فـي النشر) التي أجراها على طلبة جامعة مؤتة، عدم وجود أثر لوجود مسن في الأسرة على اتجاهات الطلبة نحـو كبار السن أيضا.

ويمكن تفسير ذلك أيضاً، من خلال استجابات أفراد العينة على الفقرة التي تنص على " من الأفضـل لـو يعيش معظم كبار السن في بيوت خاصة بهم مثل دور المسنين" حيث بلغ عدد العاملين الذين كانت استجاباتهم "غير موافق" أو "غير موافق بشدة" (771) عاملاً أي بنسبة (84.6 %) من العينة، وهذا العدد يشكل الغالبيـة العظمى لأفراد العينة، سواء كان لديهم مسن في الأسرة أم لم يكن. مما يشـير إلـى أن هـؤلاء الأشـخاص يتكيفون مع وجود المسن في الأسرة مهما كانت ظروفه، على أن يكون في دار المسنين. وسواء كان العـامل أعزب أو متزوج فهو قادر على أن يتكيف مع ظروف حياته في ظل وجود مسن لديه، وهذا ما أملته ثقافتـه، ودينه عليه.

وأعتقد بأنه في الثقافة السائدة في مجتمع الدراسة، لم يكن الفرق كبيراً بين نمط حياة المسن والشاب، فكثيرا ما نجد انسجاماً معقولاً بين أشخاص مسنين، ومن هم أصغر سناً، فما تزال محافظة الكرك متأثرة بتراثها الماضي، ويعيش أبناؤها معاً ،إلى حد ما، بدرجة من التوافق والانسجام بغض النظر عن تباين الأجيال.

مناقشة عامة

توصلت هذه الدراسة إلى وجود اتجاهات إيجابية ضعيفة لدى العاملين في القطاع الصحي الحكومي نحو كبار السن. وليس غريبا" أن تبدو الاتجاهات إيجابية نحو كبار السن في مجتمع عربي متمسك بعاداته وتقاليده لدرجة كبيرة. ولكن أن تتصف الإيجابية بالضعف، فقد يكون هذا مؤشر لوجود أثر للثقافة الأجنبية في المنطقة، ذلك التأثير الذي يحمل أفكار غير مناسبة للبيئة العربية، وللتغيرات الاجتماعية التي فرضتها التطورات الحاصلة. مما يدعو إلى العمل والتخطيط للمحافظة على أن تبقى الاتجاهات إيجابية قوية نحو كبار السن، بدلا" من أن تأخذ في الانحدار نحو السلبية.

هناك متغيرات ديمغرافية كان لها تأثير على اتجاهات العاملين في القطاع الصحي في المحافظة نحو كبار السن، وهي الجنس، العمر، المهنة. كما أن هناك متغيرات ديمغرافية أخرى لم تؤثر في اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن وهي: المستوى التعليمي، مكان العمل، الخبرة، الحالة الاجتماعية، وجود مسن في الأسرة.

توصيات الدراسة

توصي هذه الدراسة بما يلي:

1- إجراء دراسات مشابهة، للتعرف على اتجاهات العاملين في القطاع الصحي نحو كبار السن المرضى بشكل خاص، والعوامل التي من شأنها أن تعزز الاتجاهات السلبية نحو مرحلة الشيخوخة وكبار السن، والتعرف على اتجاهات جماعات أخرى نحو كبار السن، ومقارنة اتجاهاتهم نحو المسنين مع اتجاهات العاملين في القطاع الصحي وفي مجتمع عربي.

2- ضرورة تقوية الاتجاهات الإيجابية لدى العاملين في القطاع الصحي الحكومي نحو كبار السن، وذلك من خلال اتباع طرق وأساليب من شأنها تحسين طبيعة الاتجاهات ومن هذه الطرق:

أ- ادخال مواضيع تتعلق بمرحلة الشيخوخة، والاستعداد لها، ومساعدة كبار السن على التكيف مع التغيرات الحاصلة في هذه المرحلة، من خلال المناهج الدراسية سواء لطلبة المدارس، أو في الجامعات والكليات.لا سيما للتخصصات المتعلقة بالمجال الصحي والاجتماعي.

ب- عقد دورات تدريبية، باتباع برامج متنوعة لزيادة المعارف حول الشيخوخة، وطرق رعاية المسنين صحياً ومساعدتهم على التوافق مع الحياة الجديدة، بحيث تشمل هذه الدورات معظم العاملين في القطاع الصحي والرعاية الاجتماعية والنفسية.

3- مساعدة الأجيال القادمة على اكتساب اتجاهات إيجابية نحو المسنين منذ الصغر، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الوالدين مباشرة، أو عن طريق المدرسة أو من خلال وسائل الإعلام والبرامج التلفزيونية، بحيث تظهر المسن على أنه فرداً نافعاً للمجتمع، وأن الإنسان يستطيع أن يعيش مرحلة الشيخوخة بسعادة.

المراجع

المراجع العربية

أبو جابر، ماجد و البداينة، ذياب.(1993). اتجاهات الطلبة نحو استخدام الحاسوب. مجلة رسالة الخليج. ع 45: 133-161.

ابو شرار، تهاني.(1996). أثر دراسة مادة مبادىء الحاسوب في إتجاهات الطلبة نحو استخدام الحاسوب باختلاف الجنس والخبرة السابقة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

أسعد، يوسف ميخائيل.(1977). رعاية الشيخوخة. القاهرة: مكتبة غريب.

البداينة، ذياب.(قيد النشر). تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني، بحث مقدم للنشر.

البدور، عبدالحميد محمود.(1996). اتجاهات طلاب الصف العاشر الأساسي في محافظات جنوب الأردن نحو التعليم المهني وعلاقتها بمستوى تحصيلهم وتفضيلهم المهني ومهن آباءهم. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

البطارسة، منيرة عيسى.(1992). اتجاهات طالبات مرحلة التعليم الأساسي العليا نحو مبحث التربية المهنية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

بلقيس، أحمد و مرعي، توفيق.(1982). الميسر في علم النفس التربوي، عمان: دار الفرقان.

بيسكوف، ليد فوردج.(1984). علم نفس الكبار. ترجمة دحام الكيال وزميله.مراجعة عبدالرحمن عدس، بغداد: المنظمة العربية للتربية والثقافة والفنون.

التل، شادية.(1992). أثر تدريس مساق جامعي في علم النفس التربوي في اتجاهات الطلبة نحو علم النفس. مؤتة للبحوث والدراسات، 7(3): 151-170.

حسين، تريم عكلة.(1985). الاتجاهات النفسية للفرد والمجتمع. بغداد: مطبعة دار الرسالة.

حمادين، فخري فريد.(1987). اتجاهات الطلبة المعلمين تخصص دراسات اجتماعية نحو مادة تخصصهم وعلاقتها لتحصيلهم واحتفاظهم في مادة الجغرافية الأقليمية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

الخليلي، خليل و مقابلة، نصر.(1990). دراسة تطويرية لمقياس الاتجاهات نحو مهنة التدريس. أبحاث جامعة اليرموك، ع (1): 197-235.

جلال، سعد. (1985). القياس النفسي المقاييس والاختبارات. الإسكندرية: مكتبة المعارف الحديثة.

دائرة الإحصاءات العامة.(1998). النشرة الإحصائية للتعداد السكاني في المملكة لعام 1997، دائرة الإحصاءات العامة، عمان.

الدمشقي، أبو زكريا النووي.(1990). رياض الصالحين (ط12). بيروت: مؤسسة الرسالة للنشر والتوزيع.

زهران، حامد عبد السلام .(1977). علم النفس الاجتماعي، (ط4)، القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام .(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط3)، القاهرة: عالم الكتب.

الزيود، نادر.(1989). علم النفس المدرسي(ط1)، عمان: شركة الشرق الأوسط للطباعة.

السامرائي، هاشم.(1988). المدخل في علم النفس. بغداد: مطبعة منير.

سرحان، محمد عمر.(1993). اتجاهات معلمي المواد العلمية في المرحلة الثانوية نحو تكنولوجيا التعليم في مديرية التربية والتعليم لمنطقة عمان الكبرى الأولى. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن

الشرقاوي، أنور محمد. (1985). الفروق في الأساليب المعرفية والإدراكية لدى الأطفال والشباب والمسنين من الجنسين. مجلة العلوم الاجتماعية، 13(4): 89-113.

شريم، محمد بشير.(1992). الشيخوخة أسباب- تطور- جوانب. عمان: جمعية عمال المطابع التعاونية.

شريم، محمد بشير.(1998). الشيخوخة تعريفها وأمراضها، عمان: مؤسسة البلسم للنشر والتوزيع.

عبدالله، أحلام حسن محمود .(1991). كبار السن: حاجاتهم النفسية وتقديرهم لذواتـــهم، مجلـة كليـة التربية بدمياط، 2(14): 158-284.

العبيدي. ابراهيم محمد .(1988). العلاقة بين التقييم الذاتي للحالة الصحية بعد التقـاعد والخصـائص الاجتماعية والديموغرافية للتقاعد: دراسة ميدانية لعينة مـن المتقـاعدين فـي المملكـة العربيـة السعودية. مجلة العلوم الاجتماعية، 16(4): 47-62.

عريفج. سامي وحسين. خالد.(1987).في القياس والتقويم (ط3). عمان: الأردن.

عدس، عبدالرحمن و توق، محي الدين. (1994). المدخل الى علم النفـس (ط2). إنجلـترا: دار جـون وايلي وأبنائه.

عطار، ماجد. (1993). طب الشيخوخة والمريض المسن. حلب: دار القلم العربي.

عكروش، لبنى عودة.(1999). مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني مقاربة سوسيولوجية. اطروحـة دكتوراه غير منشورة، الجامعة اللبنانية، بيروت، لبنان.

عليمات، محمد. (1994). تطوير مقياس للاتجاهات نحو مهنة التدريس، المجلة العربية للتربيـة، 14(1): 23-41.

العمران، هالة. (1992). التوافق عند المسنين- دور وسائل الإعلام-، سلسلة الدراسـات الاجتماعيـة والعمالية، ع(18): 67-88.

عودة، أحمد سليمان و ملكاوي، فتحي حسن. (1992). أساسيات البحـث العلمـي(ط2)، اربـد: مكتبـة الكتاني.

٥٤٥٢٧٤

عيسوي، عبدالرحمن محمد. (1982). اتجاهات جديدة في علم النفس الحديـث. بـيروت: دار النهضـة العربية.

عيسوي، عبدالرحمن. (1989). إضطرابات الشيخوخة وعلاجها مع دراسة حـول دور الشـيوخ فـي معركة التنمية. بيروت: دار النهضة العربية.

الغزاوي، زهير. (1993). نمو القيم والاتجاهات عند طفل ما قبل المدرسة (ط1). بيروت: دار المنيدا للطباعة والنشر.

الكيلاني، يوسف عبدالله زيد. (1983). الشيخوخة والصحة. الكويت: ذات السلاسل.

فهمي، محمد سيد. (1995). الرعاية الاجتماعية لكبار السن. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

القريطي، عبد المطلب امين. (1999، ابريل). دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات، المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع جامعة الأزهر، 263- 296.

قطب، سيد .(1982). في ظلال القرآن (ط10)، 5(19-25): 2776-2777، بيروت: دار الشروق.

القطب، اسحق. (1981). اتجاهات ودوافع المطالعة عند الشباب في المجتمع الكويتي المعاصر. مجلة العلوم الاجتماعية، 9(4): 95-119.

قناوي، هدى محمد.(1987). سيكولوجية المسنين.(ط1)، مصر:الجيزة.

محمود، عبد المنعم شحاته.(1989). الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل مقارنة بين التسلطيين وغير التسلطيين. مجلة العلوم الاجتماعية، 17(3): 161-179.

مخيمر، صلاح ورزق، عبده.(1968). علم النفس الاجتماعي (ط2). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

مديرية الصحة في محافظة الكرك(1999). النشرة الإحصائية لمديرية صحة محافظة الكرك لعام 1999، مديرية صحة محافظة الكرك، الكرك.

مرعي، توفيق و بلقيس، أحمد.(1984). الميسر في علم النفس الاجتماعي (ط2). عمان: دار الفرقان.

مصباح، عبد الهادي .(1994). شباب بلا شيخوخة. (ط1)، القاهرة: دار الأمين.

منصور، عبد المجيد سيد أحمد. (1989). مفهوم الذات عند الكبار. مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، 1(1،2): 113-267.

منصور .طلعت.(1987). دراسة في الأتجاهات النفسية نحو المسنين لدى بعض الفئات العمرية في المجتمع الكويتي بإستخدام الأمثال الشعبية الكويتية. مجلة العلوم الأجتماعية، 15(1): 69- 102.

المراجع الأجنبية

Adelman, R., Fields, S. & Jutagir, R.(1992). Geriatric Education. Part II:The Effect Of A Well Elderly Program On Medical Student Attitudes Toward Geriatric Patients. Journal Am Geriatric Soci, 40(9): 970-3.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (3rd). Revised, Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Beaumont, J. ,Kenealy M. & Rogers, J.(1999). The Blackwell Dictionary of Neuropsychology. U.S.A: Blackwell Publishers.

Bebbington, D.(1991). Speech Therapy And Elderly People: A study Of Therapists' Attitudes. Health Trends, 23(1): 9-11.

Birren, E & Schaie, K.(1990). Hand Book of Psychology of Aging , 3rd, London: Academic Press, INC.

Borgatta, E. & Borgatta, M. (1992). Encyclopedia of Sociology. 1, New York: Macmillan Publishing Company.

Bowling, A. & Formby, J.(1991). Nurses' Attitudes To Elderly People: A survey Of Nursing Homes And Elderly Care wards In Inner-London Health District. Nurs Pract, 5(1): 16-24.

Burggraf, V. & Stanley, M. (1989). Nursing The Elderly: A Care Plan Approach. London: J.blippincott Company Philadelphia.

Burks, H. & Stefflre, B. (1979). Theories Of Counseling (3rd ED). New York: Mchill Company.

Burnside, I. (1981). Nursing And The Aged (2nd). Newyork: Mcgrow-Hill Book Company.

Butler, R. & Lewis, M. (1977). Aging And Mental Health (2nd), Saint Louis: The C.V. Mosby

Carmel, S.(1998). Medical Student's Attitudes Regarding The Use Of Life Sustaining Treatments For Themselves And For Elderly Persons. Soc Sci Med. 46(4-5): 467-74.

Chan, Y., & Piterman, L.(2000). Chinese Attitudes To Institutional Care Of Their Aged. A study Of Members From The Chung Wah Association, Western Australia. Aust Fam Physician, 29(9): 394-9.

Cronbach, L.(1951). Coefficient Alpha And The Internal Structure Of Tests. Psychometrika, 16: 297-334.

Deary, I., Smith, R., Mitchell, C., & Maclennan, W. (1993). Geriatric Medicine: Does Teaching Medical Students' Attitudes To Elderly People?. Medical Education, 27(5): 399-405.

Depaola, S. , Neimeyer, R. , Lupfer, N. & Fiedler, J. (1992). Death Concern And Attitudes Toward The Elderly In Nursing Home Personal. Death Studies, 16(6): 537-55.

Devlin, H., Mellor, A. & Worthington, H.(1994). Attitudes Of Dental Students Toward Elderly People. Journal Dentistry, 22(1):45-8.

Edwardes, A.(1957). Techniques Attitudes Scale Construction, New York: Appelton Cenercrafts INC.

Edwards, M. & Aldous, I.(1996). Attitudes To And Knowledge About Elderly People: A Comparative Analysis Of Students Of Medicine, English And Computer Science And Their Teachers. Medical Educational Journal, 30(3): 221-5.

Fink, A. (1995). How To Analyze Survey Data, London: SAGE Publication.

Futrell, M. & Jones, W.(1977). Attitudes Of Physicians, Nurses, And Social Workers Toward The Elderly And Heath Maintenance Services For The Aged: Implications for Health Manpower Policy. Journal of Gerontological Nursing, 3(3): 42-6.

Henerson, M., Morris, L. & Taylor, C.(1987). How to measure attitudes. New Bury: SAGE Publication.

Hickey, T. & Kalish, R.(1968). Young People's Perceptions Of Adult. Journal Of Gerontology, 23: 215-219.

Hope, K. (1994). Nurses' Attitudes Towards Older People: A Comparison Between Nurses Working in Acute Medical And Acute Care Of Elderly Patient Setting. Journal Adv. Nur, 20(4): 605-12.

Intrieri, R., Kelly, J., Brown, M. & Castilla, C. (1993). Improving Medical Student's Attitudes Toward And With The Elderly. Gerontologist, 33(3):373-8.

Janet, C. & Philip, S.(1994). Anxity And Errors Of Prospective Memory Among Elderly People. British Journal of psychology, 85(2): 273-282.

Jenkil, A.(1985). Hand book of geriatric psychoparmacology, Littleton: PSG Publishing Company, INC.

Kahana, E., Kinney, J., Kercher, K., Kahan, B., Tinsley, V., King, C., Stuckey, J. & Ishler, K.(1996). Predictors Of Attitudes Toward Three Groups Of Elderly Persons: The Well, The Physically, And Patients With Al-zheimer's Disease. Journal Aging Health, 8(1):27-53.

Kearney, N., Miller, M., Paul, J. & Smith, K.(2000). Oncology Healthcare Professionals Toward Elderly People. Ann Oncol, 11(5): 599-601.

Kogan, N.(1961). Attitudes Toward Old People: The Development of A Scale And Examination Of Correlates, Journal of Abnormal And Social Psychology. 62(1): 44-54.

Kimmel, C. (1990). Adulthood And Aging (3rd ed), Canada: John Wiley & Sons.

Kosberg, I. & Harris, P.(1978). Attitudes Toward Elderly Clients. Health and Social Work. 3(3):68-88.

Levy, B.(1996). Improving Memory In Old Age Through Implicit Self-Stereotyping. Journal of Personality and Social Psychology, 71(6): 1092-1107.

Levy, R. & Post, F (1982). The Psychiatry Of Late Life. London: Blackewell Scientific Publications.

Malim, T. & Brich, A. (1988). Developmental Psychology From Infancy To Adulthood. Bristol: Intertext Limited Equity.

Mcleod, F. & Cert, H.(1976). Geriatric Care. London: HM+ M Publishers.

Miller, D. & Morley, J. (1993). Attitudes Of Physicions Toward Elderly Drivers and Driving Policy. J. Am Geriatr. SOC, 41(7):722-4.

Michele, H.(1996). College Students' Attitudes Toward Elderly Persons. Educational Gerontology, 22(3): 271-79.

Nussbaum, P.D.(1998). General Assessment Issues For A Geriatric Population in Clinical Neuropsychology. A.P.A: W.DC.

Oppenheim, A.N.(1978). Questionnaire Design And Attitudes Measurement, London: Heineman.

Radford, J. & Govier, E.(1992). A text Book Of Psychology (2 ed). London: Pout Ledge.

Rokeach, M.(1972). Beliefs and Attitudes, San Francisco: Jossey-Boss.

Sahud ,R., Bruvold, H. & Merino, E.(1990). An Initial Cross-Cultural Assessment Of Attitudes Toward The Elderly. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 5: 333- 344.

Schmidt, R. & Others(1991). Attitudes Toward Older Adults: A Comparison Of Physical Therapy And Medical Students. Paper Presented Of Forum On Research In Aging, ERIC Document Reproduction Service, ED: 343062.

Sheffler, SJ.(1995). Do Clinical Experiences Affect Nursing Student's Attitudes Toward The Elderly?. J. Nurs Educ, 34(7): 312-6.

Sills, D.(1968). InternationaL Encychlopedia Of The Social Sciences, 1,2 , New York: The Macmillan Company of the Free Press.

Stanley, C. & Hopkins, K.(1972). Educational And Psycholgical Measurement And Evaluation, New Jersey: Prentice-Hall, Inc Englewood Cliffs.

Stephen, D. & Gail, F. (1990). Improving Attitudes Toward Elderly People: Evaluation Of An Intervention Program For Adolescents. Canadian Journal on Aging, 9(4): 400-9.

Sutherland, S. (1991). Macmillan Dictionary of Psychology. London: The Macmillan Press LTD.

Wan, Y. & Poi, P.(1997). A Comparative Study Of First- And Third Year Student Nurses, Knowledge and Attitudes On The Elderly And Aging. Med Journal Malaysia, 52(3):238-43.

Weiler, R.(1998).Home Health Care Workers' Attitudes Toward Elderly. Home Health Care Serv. Q, 16(4): 1- 13.

Weiler, R. & Sarvela. PD.(1991). Rural Home Care Worker's Attitudes Toward The Elderly: A replication Study. Home Health Care Serv .Q, 12(4): 71-80.

West, L. & Sinnot, D. (1992), Everyday Memory And Aging, New York: Springer-verlag.

William, S. & Blunk, E.(1999). Comparasion Of Swedish And American Preschool Children's Attitudes Toward Elderly Persons. Psychology. Rep, 84 (3 pt1): 899-903.

Willis, L. & Schaie, K.(1986). Adult Development And Aging (2nd ed), Canana: Little, Brown and Company.

Woodruff-Pak,S.(1997). The Neurosychology Of Aging, UK: Black Publishers Ltd.

ملحق رقم (1).

مقياس الاتجاهات نحو كبار السن

أخي المستجيب /أختي المستجيبة

يختلف الأشخاص في نظرتهم واتجاهاتهم نحو الشيخوخة وكبار السن (الأفراد أعمارهم 65 سنة أو أكثر) وفيما يلي فقرات تتضمن بعض جوانب هذه الاتجاهات، كما أننا مهتمون بمعرفة رأيك في هذا المجال انطلاقا" من ثقتنا بك كعامل في القطاع الصحي الحكومي. لذا أرجو التلطف بالإجابة على الأسئلة الموجودة في الصفحة الأولى، ثم قراءة الفقرات في الصفحات التالية قراءة جيدة و وضع إشارة(×) في إحدى الخانات الموجودة أمام كل عبارة وفقا" لدرجة موافقتك أو اعتراضك على العبارة والمهم هو أن تعبر عن رأيك بصراحة، علما بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، وإنما الإجابة تمثل رأيك في موضوع الفقرة.

أخي المستجيب /أختي المستجيبة .. أرجو الإجابة على جميع الأسئلة والفقرات علما" بأن المعلومات التي ستدلي بها ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرة لكم حسن تعاونكم ومقدرة لكم ثمين وقتكم...

الباحثة: سميا جميل النوايسة
جامعة مؤتة

المعلومات الأولية:

لطفا"... ضع دائرة حول الرقم الذي تليه الإجابة التي تنطبق عليك.

1- الجنس 1- ذكر 2- أنثى.

2- العمر 1- 19-29 سنة 2-30-39 سنة 3- 40 سنة- أو أكثر.

3- أعلى مؤهل علمي حصلت عليه هو:
1- شهادة في الدراسات العليا (دكتوراه أو ماجستير أو دبلوم عالي).
2- شهادة البكالوريس .
3 - شهادة الدبلوم.
4- شهادة الثانوية العامة.
5 - شهادة أقل من شهادة التوجيهي.

4- مكان العمل 1- المديرية العامة للصحة أو مديرية صحة محافظة الكرك.
2- مستشفى. 3- مركز صحي.

5- المهنة:
1-طبيب ويضم (طبيب اختصاص، عام، أسنان).
2-ممرض
3-عمل فني طبي مساعد ويشمل(الصيدلة، التخدير، مجال الأشعة والتصوير، مجال المختبرات، العلاج الطبيعي) .
4-إداري.
5-مستخدم.

6- عدد سنوات الخبرة تقع ضمن الفئة: -
1-4 سنوات 2- 5-9 سنوات 3- 10-15 سنة 4- 16 سنة أو أكثر

7- الحالة الاجتماعية: 1.غير متزوج. 2.متزوج .

8-هل يوجد فرد (أفراد) في أسرتك أعمارهم فوق 65 سنه 1. نعم 2. لا.

9- هل تتعامل في عملك مع كبار السن 1. دائما" 2.أحيانا" 3. نادرا" 4-إطلاقا" .

ضع علامة (×) في إحدى الخانات الموجودة أمام كل فقرة وفقاً لدرجة موافقتك أو اعتراضك عليها.

الرقم المتسلسل	الفقـــــرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	معظم كبار السن يتصفون بالحكمة.					
2	معظم كبار السن كثيرو الانتقاد.					
3	لدى الكثير من كبار السن خبرات قيمة يمكن أن نتعلم منها.					
4	من الأفضل أن يعيش معظم كبار السن في مساكن خاصة بهم مثل "دور المسنين".					
5	يفضل معظم كبار السن الاستمرار في أعمالهم قدر ما يستطيعون بدلاً من الاعتماد على غيرهم.					
6	يتمسك معظم كبار السن بنمط معيشتهم التقليدي كما هو ولا يحبذون تغيره.					
7	معظم كبار السن مبتهجون ومرحون في حياتهم.					
8	لا يبدي معظم كبار السن اهتماماً بنظافة وترتيب مظهرهم الخارجي.					
9	أعتقد أنك ستحظى بجيران جيدين لو كان معظمهم من كبار السن.					
10	يسبب معظم كبار السن الملل للآخرين بحديثهم المتكرر عن أيامهم في الماضي.					
11	عندما نفكر بأخطاء الكثيرين من كبار السن نرى أنها لا تختلف عن أخطاء أي شخص آخر.					
12	يتدخل معظم كبار السن كثيراً في أمور الآخرين ويقدمون لهم نصائح غير مطلوبة.					
13	أعتقد أن معظم كبار السن يمكن أن يكونوا رفقاء جيدين.					
14	معظم كبار السن عصبيون ومتذمرون.					
15	من الأفضل أن يعيش معظم كبار السن مع عوائلهم وأن يختلطوا مع أشخاص من أعمار مختلفة.					
16	معظم كبار السن يشتكون ويتذمرون من تصرفات الشباب.					
17	يمثل معظم كبار السن نموذجاً جيداً ومفيداً لأحفادهم.					
18	معظم كبار السن بحاجة للحب والرعاية الكبيرة أكثر من غيرهم.					
19	يعيش معظم كبار السن علاقة حميمة مع أزواجهم.					
20	معظم كبار السن لا يمكنهم التفكير بأمر ما بشكل صحيح.					

ضع علامة (×) في إحدى الخانات الموجودة أمام كل فقرة وفقا" لدرجة موافقتك أو اعتراضك عليها.

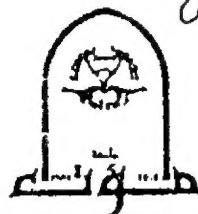
الرقم المتسلسل	الفقـــــــــرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
21	معظم كبار السن أكثر تحملا" للمسؤولية					
22	يشكل معظم كبار السن عبئا" ماليا" على أسرهم.					
23	معظم كبار السن أكثر حفاظا" على تقاليد المجتمع الذي يعيشون فيه.					
24	معظم كبار السن لا يتفاعلون اجتماعيا مع الآخرين بصورة فاعلة.					
25	أعتقد بأن معظم كبار السن يمكنهم أن يحكموا جيدا" على مواقف معينة بسبب ما لديهم من خبرات.					
26	معظم كبار السن بخيلون ماديا".					
27	الوجود مع معظم كبار السن يبعث على الارتياح.					
28	معظم كبار السن يشعرون بالملل من الحياة					
29	يؤدي معظم كبار السن أعمالهم بحرص ودقة.					
30	معظم كبار السن عنيدين.					
31	معظم كبار السن لديهم شعور بالثقة بأنفسهم.					
32	يميل معظم كبار السن للعيش وحدهم.					
33	يعتقد معظم كبار السن أنهم حققوا أشياء قيمة كثيرة في حياتهم.					
34	معظم كبار السن لا يأكلون بما فيه الكفاية.					
35	عندما تصبح كبيرا" في السن، لن تكون قلقا" بشأن الشيخوخة.					
36	معظم كبار السن أنانيون.					
37	يحترم غالبية كبار السن خصوصيات الآخرين و لا يقدمون النصائح إلا عند الطلب.					
38	يعتقد معظم كبار السن أنه لا أحد يحبهم ويشتكون من هذا الاعتقاد.					
39	ينسجم معظم كبار السن مع المجتمع الذي يعيشون فيه.					
40	أعتقد بأن على الكثير من كبار السن التخلص من أخطائهم المزعجة للآخرين حتى يكونوا محبوبين.					
41	يتقبل معظم كبار السن مستجدات الحياة العصرية.					
42	معظم كبار السن لا يقدرون قيمة الوقت.					

ضع علامة (×) في إحدى الخانات الموجودة أمام كل فقرة وفقا" لدرجة موافقتك أو اعتراضك عليها .

الرقم المتسلسل	الفقـــــــــرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
43	معظم كبار السن يهتمون بنظافة وترتيب بيوتهم .					
44	معظم كبار السن يسببون لك الإزعـــاج أثناء وجودك معهم.					
45	معظم كبار السن كثيرو التسامح					
46	معظم كبار السن لا يرغبون بمشـــاركة أسرهم بالرحلات الترفيهية.					
47	يمارس معظم كبار السن هوايات مفيـدة في أوقات فراغهم.					
48	أعتقد أنه من الصعب إرضاء الكثير من كبار السن.					
49	يمتلك معظم كبار السن مهارات مفيـــدة للمجتمع.					
50	معظم كبار السن ليس لديـــهم الطاقـة الكافية للقيام بالكثير من الأعمال.					

ملحق رقم (2)

كتاب مخاطبة من الجهة المعنية في الجامعة لمديرية الصحة



بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة مؤتة

'TAH UNIVERSITY

مكتب الرئيس

الرقم ٢٥/١٢٠/ ٣٥١٢
التاريخ ١/ ٤/ ١٤٢١هـ
الموافق ٢/ ٧/ ٢٠٠٠م

عطوفة الدكتور مدير عام صحة محافظة الكرك المحترم

تحية طيبة، وبعد:

تنوي الطالبة سميا النوايسة/ماجستير علم نفس في جامعة مؤتة القيام بإعداد دراسة حول «الاتجاهات نحو كبار السن»، وتحتاج إلى توزيع الاستبانة الخاصة برسالتها على العاملين في القطاع الصحي في محافظة الكرك.

أرجو عطوفتكم التكرم بالإيعاز لمن يلزم لتسهيل مهمة الطالبة المذكورة، شاكرين لكم حُسن اهتمامكم وحرصكم على التعاون مع جامعة مؤتة لما فيه خدمة البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس الجامعة
نائب الرئيس لشؤون الكليات الإنسانية والعلمية

د. محمد شاهين

ملحق رقم (3)

كتاب من عطوفة مدير صحة محافظة الكرك للمراكز الصحية لتسهيل مهمة البحث العلمي

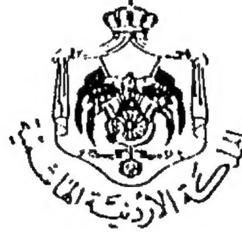
بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة الأردنية الهاشمية

وزارة الصحة

THE HASHEMITE KINGDOM OF JORDAN

MINISTRY OF HEALTH



مديرية صحة :

المركز :

الرقم ١/٧ ٢٢٥

التاريخ ....

الموافق ٢٠٠٠/٨/٨

Ref.No. ....

Date ....

رئيس مركز صحي......

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .....

ارجو العمل على تسهيل مهمة الطالبه سميا النوايسه / ماجستير علم نفس في جامعة مؤته للقيام باعداد دراسه حول " الاتجاهات نحو كبار السن" لتعبئة الاستبانه الخاصه برسالتها على العاملين في القطاع الصحي في محافظة الكرك .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته......

مدير صحة محافظة الكرك بالوكاله

الدكتور جمعه الرواشده

ملحق رقم (4)

توزيع المواقع التابعة لمديرية الصحة في محافظة الكرك

الموقع	موقعه في محافظة الكرك
المديرية العامة للصحة و مديرية صحة محافظة الكرك وما يتبع لها من أقسام.	محافظة الكرك.
مستشفى الكرك الجديد.	قرية المشيرفة.
مستشفى الصافي.	غور الصافي.
المراكز الصحية.*	تتوزع في كافة ألوية وقرى المحافظة.

* المراكز الصحية يمكن تصنيفها كما وردت في التقارير السنوية للمراكز الصحية في محافظة الكرك الصادرة عن مديرية الصحة في المحافظة. وقد سمي المركز الصحي حسب اسم المنطقة التي يوجد فيها ويخدمها.

المنطقة	مركز صحي شامل	مركز صحي أولي	مركز صحي فرعي.
الكرك	الكرك	راكين، العدنانية، موود، ادر، وادي الكرك، الثنية، الشهابية، الغوير، الجديدة، منشية أبو حمور، بتير، المرج	سمراء، عينون، الصالحية، السجن، بذان، المأمونية، وادي بن حماد، زحوم، مدين، البقيع، كلية المجتمع.
لواء المزار الجنوبي	المزار	العراق، ذات راس، سول، مؤاب، الطيبة، مؤتة، محي، الحسينية، مجرا.	الهاشمية، منشية المزار، الخالدية، جحرا، شقيرا، الدبة، الحامدية، العينا، ام حماط، اصراره.
لواء القصر	-	القصر، الياروت، الجدعا، طلال، السماكية، اريحا، دمنة.	شيحان، حمود، الروضة، مسعر، الموجب.
لواء عي	عي	جوزا، كثربا.	-
لواء القطرانة	القطرانة	-	سد السلطاني، الوادي الأبيض، الدامخي.
بلدة الربة	الربة	-	-
قضاء فقوع		فقوع، امرع، صرفا.	الزهراء.
لواء الأغوار الجنوبية		غور الصافي، غور المزرعة، غور المعمورة	فيفا، غور الحديثة.